



**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA**  
**FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA**



## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn**

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais elaborado  
com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador Académico:** Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento  
Rodrigues de Melo

**Júri:**

Presidente

Professora Doutora Teresa Pelrico Machado Brandão

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Professora Doutora Ana Maria Peixoto Naia

**Lisandra Filipa da Silva Domingues**

**2013**

## **AGRADECIMENTOS**

Este estágio e o decorrente relatório não seriam possíveis sem o auxílio e a presença de um conjunto de pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que o mesmo se traduzisse num período de tanta aprendizagem e crescimento pessoal e profissional. Por esta razão, não poderia deixar de agradecer a todos os que me ajudaram durante o período de estágio e aquando da realização deste relatório.

Em primeiro lugar, quero agradecer às minhas orientadoras, académica e local, respetivamente a Professora Doutora Ana Rodrigues e a Dra. Sandra Pinho, por todo o apoio, ajuda, orientação, sugestões e disponibilidade despendida.

Em segundo lugar, um agradecimento especial ao Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn pela oportunidade e conhecimentos que me proporcionaram durante estes sete meses de estágio, em especial às Dr.as. Susana Lúcio, Magda Alves, Rita Gonzalez, Isabel Costa e Susana Mateus pela compreensão, disponibilidade, orientações sempre úteis e apoio prestado ao longo do estágio. Bem como a todos os restantes técnicos e funcionários do CADIn pela receção amigável e simpatia constante.

Às minhas colegas de estágio de Reabilitação Psicomotora e Psicologia, pelas conversas e partilhas sempre enriquecedoras acerca das vivências e dúvidas que surgiram durante o período de estágio.

Um agradecimento especial a todas as crianças com quem me cruzei, pelos sorrisos e por me terem ajudado a ver o mundo com outros olhos, bem como a todos os pais pela compreensão e simpatia.

Finalmente, não poderia deixar de agradecer aos meus pais, irmã, namorado e amigos por todo o apoio, motivação, paciência e otimismo que sempre me transmitiram ao longo de mais esta etapa da minha vida.

A todos, um muito obrigada!

## RESUMO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do estágio que teve lugar no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn) e reflete o trabalho desenvolvido principalmente no Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos.

As Perturbações do Espectro do Autismo caracterizam-se por défices em vários domínios, principalmente ao nível da comunicação e interação social e comportamentos repetitivos e estereotipados. A este nível, bem como em relação às Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais a intervenção psicomotora destaca-se como meio que permite ao indivíduo o seu desenvolvimento global em termos motores, emocionais e cognitivos, na relação com os objetos e com outro.

Este trabalho divide-se em duas partes, a primeira é relativa ao enquadramento da prática profissional, com base na revisão bibliográfica, o que inclui a caracterização da instituição de estágio e a segunda diz respeito ao processo de estágio propriamente dito, no que diz respeito aos casos acompanhados, bem como na relação com os outros profissionais, e ainda a apresentação de dois Estudos de Caso.

**Palavras Chave:** Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil; Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais; Intervenção Psicomotora; Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos; Perturbações do Espectro do Autismo

## ABSTRACT

The present work reflects the result of a year of stage at the Center for Child Development Support (CADIn) and shows the work done mainly at the Nucleus for Autism Spectrum Disorders and Cognitive Deficits.

The autism spectrum disorders are characterized by deficits in multiple domains, mainly in communication and social interaction and repetitive and stereotyped behaviors. At this level, as well as in relation to Intellectual and Developmental Difficulties, the Psychomotor Therapy stands out as a means to allow the individual enhance their overall development on motor, emotional and cognitive domains, through the body and play.

This work is divided into two parts, the first relates to the framework of professional practice, based on the literature review, which includes the characterization of the institution and the second stage concerns the internship process itself, with respect to cases followed, as well as in relation with the other professionals, and finally the presentation of two case studies.

**Key-Words** Autism Spectrum Disorders; Center for Child Development Support; Intellectual and Developmental Difficulties; Nucleus of Autism Spectrum Disorders and Cognitive Deficits; Psychomotor Therapy

## ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO.....	1
II.	ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL .....	2
1.	Perturbações do Espectro do Autismo .....	2
1.1.	Evolução histórica do conceito de autismo .....	2
1.2.	Características nucleares das PEA .....	3
1.2.1.	Dificuldades na comunicação e interação social .....	3
1.2.2.	Comportamentos repetitivos e estereotipados .....	4
1.3.	Outras características comuns nas PEA .....	5
1.3.1.	Características de processamento sensorial .....	5
1.3.2.	Caraterísticas motoras .....	5
1.4.	Epidemiologia.....	6
1.5.	Comorbilidades .....	6
1.6.	Teorias Explicativas .....	7
1.7.	Diagnóstico e avaliação .....	8
1.7.1.	Critérios de avaliação.....	9
1.8.	Intervenção nas PEA.....	9
1.8.1.	Intervenção farmacológica .....	9
1.8.2.	Intervenção psicossocial .....	10
1.8.2.1.	ABA ( <i>Applied Behavior Analysis</i> ).....	11
1.8.2.2.	DIR ( <i>Developmental, Individual Difference, Relationship based</i> ). .....	11
1.8.2.3.	PECS ( <i>Picture Exchange Communication System</i> ). .....	11
1.8.2.4.	TEACH ( <i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children</i> ).....	12
2.	Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais – DID .....	13
2.1.	Definição e características .....	13
2.2.	Etiologia e prevenção.....	14
2.3.	Diagnóstico e avaliação .....	14
2.4.	Intervenção nas DID.....	15
3.	A Intervenção Psicomotora .....	16
3.1.	Intervenção psicomotora nas PEA .....	18
3.2.	Intervenção psicomotora nas DID .....	19
4.	Enquadramento institucional .....	20
4.1.	População e serviços .....	20
4.2.	Caracterização da equipa técnica .....	22
4.3.	Instalações e acessibilidade.....	22
4.4.	Funcionamento/Orçamento .....	23
4.5.	Articulação do CADIn com a comunidade e a família .....	23
4.6.	Intervenção psicomotora enquadrada no CADIn .....	24
III.	REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL .....	25
1.	Calendarização das Atividades e Horários de Estágio .....	25
1.1.	Cronograma de procedimentos de estágio .....	25
1.2.	Horário de estágio .....	25
2.	População Apoiada .....	26
2.1.	Crianças acompanhadas.....	27
3.	Objetivos e Atividades de Estágio .....	28
3.1.	Intervenção psicomotora .....	28
3.2.	Relação com outros profissionais e família .....	29
4.	Contextos de Intervenção.....	31
5.	Planeamento da Intervenção.....	32
5.1.	Avaliação .....	34
5.1.1.	Instrumentos de avaliação utilizados.....	35

5.1.1.1.	<i>Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths</i> .....	35
5.1.1.2.	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i> .....	35
5.1.1.3.	<i>Autism Diagnostic Interview Revised</i> .....	35
5.1.1.4.	<i>Vineland</i> .....	36
5.1.1.5.	<i>Questionário para a educadora</i> .....	36
6.	Processo de Intervenção – Estudos de Caso.....	36
6.1.	Historial clínico.....	36
6.2.	Instrumentos e condições de avaliação.....	38
6.3.	Resultados da avaliação inicial.....	39
6.4.	Planeamento da intervenção.....	44
6.5.	Intervenção.....	53
6.5.1.	Exemplo de planeamento e relatório de sessão.....	58
6.6.	Resultados do processo de intervenção.....	65
6.6.1.	Recomendações para a continuidade da intervenção.....	72
7.	Dificuldades e Limitações.....	73
8.	Atividades Complementares.....	73
8.1.	Participação no aniversário CADIn.....	73
8.2.	Simpósio e <i>workshops</i> .....	74
IV.	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de Estágio de acordo com o trabalho desenvolvido mensalmente.....	25
Tabela 2 – Horário de Estágio.....	26
Tabela 3 – Crianças Acompanhadas.....	27
Tabela 4 – Temas abordados nas reuniões de equipa.....	30
Tabela 5 – Planeamento da Intervenção de cada criança, de acordo com a frequência mensal.....	33
Tabela 6 – Acompanhamento das crianças em termos de horas.....	34
Tabela 7 – Avaliação A.C.: Resultados obtidos em cada subescala.....	40
Tabela 8 – Avaliação A.C.: Resultados Gerais.....	40
Tabela 9 – Estratégias de Intervenção.....	53
Tabela 10 – Número de sessões e objetivos trabalhados A.C. ....	56
Tabela 11 – Número de Sessões e objetivos trabalhados F.F. ....	57
Tabela 12 – Tabela de Avaliação - <i>Checklist</i> A.C. ....	65
Tabela 13 – Tabela de Avaliação - <i>Checklist</i> F.F. ....	68

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Perfil de Desenvolvimento de acordo com os subquocientes de cada escala 41

## ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Quadro com os momentos da sessão .....	32
Imagem 2 – Área de trabalhar para as crianças em idade escolar. Área do computador. 32	
Imagem 3 – Organização das atividades para as crianças em idade escolar.....	32
Imagem 4 – Organização das atividades para as crianças em idade pré-escolar. Área de trabalhar para as crianças em idade pré-escolar. ....	32

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos.....	84
Anexo A – Relatórios de Avaliação Inicial .....	85
Anexo B – Trabalhos Desenvolvidos .....	105
Anexo C – Planos de Intervenção.....	122
Anexo D – Exemplos de Materiais Elaborados no Âmbito de Estágio .....	136
Anexo E – Planeamento de Atividades e Relatórios de Sessão.....	150
Anexo F – Relatórios de Avaliação Final.....	411

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AAIDD** – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities  
**AAMR** – American Association on Mental Retardation  
**ABA** – Applied Behavior Analysis  
**ABC** – Autism Behavior Checklist  
**ADI R** – Autism Diagnostic Interview Revised  
**ADOS** – Autism Diagnostic Observation Schedule  
**APA** – American Psychiatric Association  
**APP** – Associação Portuguesa de Psicomotricidade  
**CA** – Comportamento Adaptativo  
**CADIn** – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil  
**CARS** – Childhood Autism Rating Scale  
**CRI** – Centros de Recursos para a Inclusão  
**DAE** – Dificuldades de Aprendizagem Específicas  
**DAMP** – Distúrbio da Atenção, Motricidade e Percepção  
**DC** – Déficit Cognitivo  
**DCSF** – Department for Children, Schools and Families  
**DGIDC** – Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular  
**DIR** – Developmental, Individual Difference, Relationship based  
**DID** – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento  
**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual  
**ECA** – Escala do Comportamento Adaptativo  
**ICD** – International Classification of Diseases  
**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social  
**ISP** – Integração Sócio-Profissional  
**LEAP** – Learning Experiences and Alternate Program for Preschoolers and their Parents  
**NIMH** – National Institute of Mental Health  
**PEA** – Perturbação Do Espectro do Autismo  
**PECS** – Picture Exchange Communication System  
**PHDA** – Perturbação da Hiperatividade e Déficit de Atenção  
**QI** – Quociente de Inteligência  
**SCERTS** – Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support  
**TEACH** – Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children  
**TF** – Terapia da Fala  
**TO** – Terapia Ocupacional  
**TSEER** – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação  
**TSRP** – Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora

## I. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio Profissionalizante realizado na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, enquadrado no segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora na vertente do Desenvolvimento e Aprendizagem, realizado na Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana durante o ano letivo 2012-2013.

O Estágio Profissionalizante apresenta como objetivos gerais estimular um conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, especificamente nos domínios científico e metodológico, incentivar a participação num domínio de intervenção, bem como a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de programas de Reabilitação Psicomotora nesse âmbito e contribuir para o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área. Especificamente, o Ramo Aprofundado de Competências Profissionais tem como objetivos o ganho de competências ao nível dos seguintes domínios: intervenção pedagógico-terapêutica, relação com outros profissionais e relação com a comunidade em geral (Brandão, Martins & Simões, 2011).

O presente Estágio Profissionalizante, decorreu entre outubro de 2012 e maio de 2013 e teve como âmbito de intervenção o Desenvolvimento e Aprendizagem no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn), localizado na Estrada da Malveira, concelho de Cascais. Neste centro, a estagiária foi integrada no Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e Défices Cognitivos (DC) com o objetivo de contactar e utilizar diferentes instrumentos de avaliação ao nível das PEA e ainda desenvolver programas específicos de intervenção no âmbito das PEA e DC, em contexto de sessão individual, no domínio reeducativo e terapêutico. Além deste trabalho, foi ainda possível participar nas atividades desenvolvidas pelo núcleo das Dislexia e DAE (Dificuldades de Aprendizagem Específicas), participar em reuniões semanais quer de equipa quer de núcleo, bem como em *Workshops*, Simpósios e outras atividades desenvolvidas durante o período de estágio pela instituição.

O Relatório de Estágio Profissionalizante será organizado em duas partes. A primeira parte dirá respeito à sistematização da informação recolhida e tratada durante o processo de revisão bibliográfica com o intuito de realizar um adequado enquadramento da prática profissional, nomeadamente ao nível da definição, exposição de características principais, causas, avaliação e intervenção nas PEA e Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), Intervenção Psicomotora no geral e especificamente em relação às perturbações acompanhadas e finalmente o enquadramento institucional formal, onde será feita uma descrição da instituição. A segunda parte do relatório dirá respeito à análise da informação relativa à realização da prática profissional, nomeadamente a organização temporal, objetivos e atividades de estágio, breve descrição da população apoiada e dos contextos de intervenção, apresentação de dois estudos de caso, no que diz respeito à avaliação, planeamento da intervenção, intervenção propriamente dita, resultados do processo e recomendações futuras e finalmente apresentação de atividades complementares em que foi possível participar ao longo do estágio.

Em suma, em seguida será realizada uma exposição o mais organizada, minuciosa, e estruturada possível, do trabalho desenvolvido tanto no âmbito do enquadramento da prática profissional, como da prática profissional propriamente dita.



## **II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

### **1. Perturbações do Espectro do Autismo**

#### **1.1. Evolução histórica do conceito de autismo**

O termo “autismo” tem origem na palavra grega “autos”, a qual significa “o próprio” e foi utilizado pela primeira vez em 1910, por Eugene Bleuler, para descrever comportamentos observados em doentes com esquizofrenia que não manifestavam interesse pela realidade envolvente e pelo contacto social. A relação entre o Autismo e a esquizofrenia manteve-se até o ano de 1943, altura em que Leo Kanner descreveu o comportamento de 14 crianças diagnosticadas com esquizofrenia, que apresentavam um conjunto de características que as distinguia das restantes, o que o levou a concluir tratar-se de uma outra Perturbação, à qual atribuiu o nome de “Autismo Infantil”. As principais características destas crianças eram o isolamento social, a insistência na repetição, mostrando-se incomodadas com alterações nas rotinas e padrões de comportamento, assim como alterações ao nível da linguagem (Filipe, 2012).

Em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger descreveu uma síndrome com pontos em comum com a que havia sido descrita por Kanner e atribuiu-lhe o nome de Perturbação Autística, acreditando no entanto tratar-se de duas entidades diferentes (Filipe, 2012).

Nos anos 60 a 80 do século XX, a sistematização e afirmação do Autismo enquanto perturbação, só foi possível graças aos trabalhos desenvolvidos por Lorna Wing, Michel Rutter, Uta Frith, Christopher Gillberg e Judith Gould que desenvolveram conceitos tais como espectro do autismo, tríade sintomática do autismo, nível cognitivo médio variável e verificaram que existiam diferentes tipos de comorbilidade existentes em simultâneo com o autismo (Filipe, 2012).

Segundo Herbert (2008), para que se possa compreender as PEA é importante ter em conta cinco aspetos principais, os quatro primeiros dizem respeito ao Autismo em si e o quinto refere-se ao modo como este se relaciona com as restantes perturbações. Assim, os aspetos são os seguintes: Cronicidade, uma vez que este não é simplesmente o resultado de uma mudança nos sistemas cerebrais, causado por alterações genéticas, mas antes alterações nos processos cerebrais que continuam ativos ao longo do curso da vida; Plasticidade, já que apresenta características dinâmicas e mutáveis e têm sido observadas melhorias em diversos aspetos tais como ao nível do comportamento e da comunicação; Complexidade, pois coexistem alterações a vários níveis com os problemas relativos à comunicação, comportamento e socialização, nomeadamente aspetos neurológicos, médicos e metabólicos; Heterogeneidade, uma vez que mesmo entre indivíduos com a mesma PEA se verificam muitas diferenças em termos de características e comportamento; e finalmente a Não-Especificidade, pois existe um número substancial de sobreposições entre aspetos típicos das PEA e outras condições médicas.

Até ao presente ano, e de acordo com o DSM-IV (APA, 2000), o Autismo era uma perturbação neurodesenvolvimental, inserido na categoria das Perturbações Globais do Desenvolvimento, caracterizado por défices ao nível da socialização, comunicação e comportamentos repetitivos e rituais descontextualizados e inapropriados. De acordo com este manual, os indivíduos podiam ser diagnosticados de quatro formas distintas, as quais incluíam: Autismo Típico, Síndrome de Asperger, Perturbações Globais do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, Síndrome de Rett e Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

Atualmente, e de acordo com os critérios do DSM-V (APA, 2013a), as PEA caracterizam-se pelo défice na interação social e comunicação e ao nível dos comportamentos repetitivos e estereotipados, com uma variação mais ou menos contínua das manifestações, designando-se pelo termo comum “Perturbações do Espectro do Autismo”.

Esta nova nomenclatura, manifesta mais verdadeiramente o sentido de espectro em vez de um conjunto de perturbações distintas. Assim, de acordo com a variação da perturbação, a mesma é caracterizada em “Grave, Moderada ou Leve”, segundo um conjunto de especificadores.

## **1.2. Características nucleares das PEA**

As PEA podem ser entendidas como perturbações do desenvolvimento que englobam um conjunto de dificuldades, as quais variam num *continuum* desde um grau leve a severo (Mello, 2005). Estas dificuldades agrupam-se em dois domínios principais, a comunicação, que se manifesta, por exemplo, na resposta inadequada ou interpretação incorreta de aspetos da comunicação não-verbal e manutenção de amizades adequadas à sua faixa etária, e ao nível de comportamentos repetitivos, manifestados pela adesão extrema a rotinas, dificuldades em gerir a mudança ou interesses muito restritos (APA, 2013a).

### **1.2.1. Dificuldades na comunicação e interação social**

Os défices qualitativos ao nível do discurso são muito significativos nas PEA, bem como os problemas ao nível do atraso de desenvolvimento do discurso, aspetos estes muito variáveis dentro do espectro de perturbações (Matson, Kozlowski & Matson, 2012).

As dificuldades a este nível manifestam-se na utilização da comunicação verbal e não-verbal, incluindo gestos, expressão facial, linguagem corporal, ritmo e modulação. Muitas crianças repetem o que lhes foi dito (ecolalia imediata) ou frases ouvidas em momentos anteriores (ecolalia diferida) e o tom de voz pode soar estranho ou pedante. Ao nível da comunicação, podem existir indivíduos sem linguagem verbal e com dificuldades na comunicação não-verbal, ou indivíduos que apresentam linguagem verbal que contudo pode ser repetitiva e não ser produzida com um intuito comunicativo (Mello, 2005).

As crianças com autismo podem não responder ou ser muito lentas na resposta ao seu nome ou a outras formas de chamar a sua atenção; não desenvolver ou desenvolver mais tardiamente a capacidade de comunicar através de gestos e de outras formas de partilhar com o outro as suas necessidades/interesses; desenvolver a linguagem mais tarde e num ritmo muito lento; aprender a comunicar através de imagens ou de uma comunicação própria; dizer palavras isoladas, demonstrando dificuldade em combiná-las de modo a formar frases com sentido; e repetir frequentemente as mesmas palavras e frases que ouviram anteriormente (NIMH, 2011).

De acordo com Giacomo, et al. (2009) o défice ao nível da imitação espontânea de ações está relacionado com a redução ou ausência total de capacidades comunicativas e vice-versa, ou seja, uma boa capacidade ao nível da imitação está relacionada com um bom nível comunicativo. Estes dados sugerem que a correlação encontrada entre a imitação e a comunicação verbal é uma característica comum a todas as PEA, apenas com diferenças quantitativas de acordo com o tipo de manifestações do espectro. Estes dados devem ter implicação ao nível dos objetivos traçados no Plano Intervenção Precoce (caso exista), uma vez que a imitação deve ser um importante objetivo a ter em conta em crianças não-verbais. Tudo isto, pois défices a este nível podem afetar o desenvolvimento comunicativo, tanto verbal como não-verbal (expressão facial, linguagem corporal, olhar, apontar, etc.).

Ao nível da interação social e comunicativa, as dificuldades manifestam-se igualmente na relação com o outro, em partilhar sentimentos, gostos e emoções e em colocar-se na perspetiva do outro (Mello, 2005).

De acordo com Klin, Jones, Schultz e Volkmar (2003) os mecanismos básicos de socialização, tais como a atenção seletiva para o sorriso, para as diferentes tonalidades de vozes e para brincadeiras que envolvam movimentos, conduzem a criança a olhar

para o adulto. Esta interação mútua conduz ao desenvolvimento social, da comunicação e das capacidades simbólicas. Nas crianças com autismo, a face humana representa pouco interesse em termos de fixação do olhar, nem sempre sendo estabelecido contacto ocular com o adulto, mas fixando-se antes em partes tais como a boca, o que leva a alterações ao nível da atenção conjunta, do apego e de outros aspetos da interação social.

Os indivíduos com PEA podem interpretar incorretamente ou não perceber sinais e expressões faciais tais como o tom de voz, sorrisos ou gestos, os quais poderiam ser úteis para que estes compreendessem as relações e interações sociais. Esta dificuldade pode conduzir o indivíduo com PEA a uma resposta desadequada à abordagem do outro (NIMH, 2011).

O interesse pela interação social pode, contudo, aumentar ao longo da vida do indivíduo e varia de acordo com as características da PEA. Esta interação pode variar desde o evitamento ou indiferença pela interação, à aceitação passiva do mesmo, até ao interesse pelo estabelecimento de relações sociais e pelo conhecimento de outros indivíduos. Contudo, neste último caso e apesar do interesse, o indivíduo apresenta dificuldades em gerir as complexidades da interação social, podendo apresentar um comportamento aparentemente insensível pelos sentimentos e intenções do outro, uma comunicação completamente literal e não implícita, comportamentos inapropriados, transmitindo a sensação de insensibilidade, formalidade, desrespeito pelo outro ou um estilo aparentemente excêntrico e desajustado ao contexto (Klin, 2006).

### **1.2.2. Comportamentos repetitivos e estereotipados**

Vários autores demonstram que existe uma enorme heterogeneidade ao nível dos comportamentos que são englobados no conceito de “Comportamentos repetitivos e estereotipados” nos indivíduos com PEA. Os comportamentos repetitivos parecem estar relacionados com um mau funcionamento do circuito subcortical. A inflexibilidade em aderir a novas rotinas e a resistência a mudanças sugerem a presença de um défice ao nível dos sistemas executivos, dependentes de estruturas do lobo frontal (Militeri, Bravaccio, Falco, Fico & Palermo, 2002).

As crianças com PEA geralmente apresentam movimentos repetitivos ou comportamentos incomuns, os quais podem variar desde uma forma extrema e visível até um modo leve ou que passa despercebido à maioria das pessoas. Por exemplo, alguns indivíduos podem agitar frequentemente os braços, enquanto outros apenas podem mover os seus dedos à frente dos olhos, o que pode parecer um gesto natural (NIMH, 2011).

Szatmari et al. (2006), sugerem uma divisão em dois níveis para os interesses repetitivos e comportamentos estereotipados, nomeadamente “insistência no mesmo”, a qual se relaciona positivamente com sintomas ao nível do domínio da comunicação e linguagem, ou seja, quanto maior a resistência do indivíduo à mudança e a sua rigidez comportamental, maior é o défice ao nível comunicativo, nomeadamente: menor flexibilidade comunicativa e maior nível de ecolália imediata, discurso repetitivo, perguntas repetitivas e rituais verbais. O segundo nível refere-se aos “comportamentos sensoriais e motores repetitivos”, o qual se correlaciona negativamente com as capacidades adaptativas, ou seja, quanto mais intensos são estes comportamentos, menor é capacidade de adaptação do indivíduo.

De acordo com Militeri et al. (2002) quanto mais severo é o nível da PEA, maior o número de comportamentos repetitivos observados. Além disso, uma maior ocorrência de comportamentos de estimulação sensorial parecem ser ativados por circunstâncias do meio ou talvez por mudanças de estados internos. A este nível são visíveis comportamentos sensoriais e motores, que incluem a realização de padrões motores, estimulação sensorial (e.g. toque, cheiro, som, etc.) que pode variar de uma simples

estimulação até um nível de intensidade tão forte que pode causar dor (e.g. bater no próprio) e flexibilidade cognitiva relacionada com as ações (e.g. adoção de rituais e comportamentos obsessivos, manutenção de rotinas e dificuldade em aceitar mudanças).

### **1.3. Outras características comuns nas PEA**

Em adição às características nucleares das PEA, os indivíduos podem ainda apresentar défices ao nível das experiências sensoriais relacionadas com aspetos auditivos e visuais do envolvimento, défices cognitivos e ao nível da motricidade fina e global (NIMH, 2011; Matson, Kozlowski & Matson, 2012). Em seguida, serão apresentadas algumas características relativas ao Processamento Sensorial e ao Domínio Motor.

#### **1.3.1. Características de processamento sensorial**

Os indivíduos com PEA são frequentemente associados a défices ao nível do processamento sensorial, parecendo que não estão em sintonia com os parceiros comunicativos, não respondendo quando são chamados ou transmitindo a impressão de que não estão a ouvir o que lhes está a ser dito. Estes podem revelar défices ao nível de processamento auditivo, distraíndo-se facilmente em ambientes em que existe um barulho de fundo (Tomcheck & Dunn, 2007).

No que se refere às características de processamento sensorial, muitos indivíduos com PEA podem apresentar um comportamento hipo ou hiper reativo em determinados locais, perante determinados sons, cheiros, texturas, gostos e tipo de iluminação. Os mesmos podem, por exemplo, sentir desconforto perante determinados materiais em contato com a pele (como determinado tipo de tecidos), manifestar dor perante determinados sons (como o aspirador ou o som o telefone a tocar), gritando ou tapando os ouvidos de modo a evitá-los, e ainda não apresentar reação perante calor ou frio intenso (NIMH, 2011).

De acordo com Watling, Deitz e White (2001), as crianças com PEA apresentam um comportamento significativamente diferente das crianças sem esta perturbação nos seguintes fatores relacionados com o processamento sensorial: procura sensorial, reatividade emocional, sensibilidade ao tom de voz, distração perante comunicação oral e um registo sensorial pobre.

Em suma, os indivíduos com PEA demonstram dificuldades em filtrar e processar as mudanças dos estímulos sensoriais de modo a desenvolver uma resposta adaptativa, sendo que 95 % dos mesmos apresentaram algum grau de disfunção ao nível do processamento sensorial (Tomcheck & Dunn, 2007).

#### **1.3.2. Características motoras**

Embora as capacidades motoras não sejam um critério e diagnóstico primário nas PEA, vários autores destacaram algum défice em todas as crianças avaliadas ao nível das capacidades motoras finas, globais ou em ambas (Provost, Lopez & Heimerl, 2006).

Assim sendo, os défices motores são um núcleo potencial das características das PEA e devem ser consideradas no planeamento da intervenção com estes indivíduos, tendo como objetivo melhorar o desempenho motor envolvido na coordenação (e.g., marcha, equilíbrio, planeamento do movimento e movimentos com os braços) (Fournier, Hass, Naik, Lodha & Cauraugh, 2010).

De acordo com Whyatt & Craig (2011), as crianças com PEA experimentam défices gerais ao nível motor quando comparados com indivíduos da mesma idade e com desenvolvimento típico. Os défices localizam-se essencialmente nas seguintes áreas: destreza manual, habilidades com bola, equilíbrio e em atividades que requerem um bom nível de perceção-ação e que envolvem um controlo antecipado (tais como agarrar uma bola que foi lançada na sua direção). Além destes, são mencionados ainda os seguintes

aspetos: dificuldade de equilíbrio e marcha, velocidade mais lenta, dificuldades na coordenação de movimentos com mãos e com pés e velocidade na realização de movimentos repetitivos (Jansiewicz et al., 2006).

Os défices ao nível do desenvolvimento motor sugerem a existência de uma anormalidade ao nível do desenvolvimento de sistemas neurais responsáveis pela execução motora, incluindo as áreas frontais e subcorticais (gânglios da base e cerebelo – ao nível da aprendizagem do movimento) e regiões parietais posteriores (importantes para a aquisição e armazenamento de representações espaciais do movimento). Contudo, devido à quantidade de défices observados, torna-se um pouco difícil localizar áreas específicas ao nível dos circuitos fronto-corticais (Jansiewicz et al. 2006; Dziuk et al., 2007).

#### 1.4. Epidemiologia

Tendo em conta o estudo "*Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions*" que decorreu entre 1999-2000, com crianças com idade escolar, compreendidas entre os 6 e os 9 anos, residentes em Portugal continental (8 332 808 crianças) e nos Açores (10 910 crianças), podem ser recolhidas algumas informações acerca da epidemiologia das PEA em Portugal Continental e nos Açores. Nesta investigação, utilizaram-se os critérios de diagnóstico do DSM-IV e o diagnóstico foi confirmado através das escalas: *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) e *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) (Oliveira et al., 2007).

De acordo com os resultados obtidos, no estudo acima mencionado, concluiu-se que prevalência de casos de PEA em Portugal continental é de 9,2 em 10 000 casos. No que se refere a distribuição geográfica verificou-se que a maior prevalência de casos diagnosticados pertence ao Centro (12,5 em 10 000), Lisboa e Vale do Tejo (12,3 em 10 000), seguindo-se o Norte (6 em 10 000), o Alentejo (7 em 10 000) e o Algarve (2,4 em 10 000). No que se refere aos Açores, a prevalência foi de 15,5 em 10 000 casos, a mais alta do país. Esta diferença foi explicada pelos autores tendo como base aspetos da recolha metodológica em si, mas também genéticos e possivelmente ambientais (Oliveira et al., 2007).

De acordo com as conclusões deste estudo, a grande maioria das crianças diagnosticadas com PEA são seguidas em unidades de saúde (94,2%) e mais de metade das crianças (55%) frequentam apenas a educação especial nas escolas. Segundo esta análise verificou-se ainda que o autismo é significativamente mais prevalente nas classes sociais mais altas comparativamente às classes sociais mais baixas (Oliveira et al., 2007).

Da análise das 120 crianças diagnosticadas com PEA a proporção de homens para mulheres foi de 2,9:1. Os pais ou cuidadores relataram problemas de desenvolvimento no primeiro ano de vida da criança em 55% dos casos, no segundo ano em 38% e no terceiro ano em 7%. Em todas as crianças foram detetados sinais que indicavam a existência de uma perturbação do desenvolvimento antes dos 36 meses (Oliveira et al., 2007).

Em relação às causas que poderiam estar na origem da PEA e de acordo com a avaliação médica, 20% poderiam estar associadas a uma causa médica (cromossómicas, desordens mitocondriais, desordens monogénéticas, perturbações inoficiosas, síndromes genéticas, entre outras) e 80% referiam-se a autismo idiopático (i.e. de com causa desconhecida) (Oliveira et al., 2007).

#### 1.5. Comorbilidades

De acordo com Simonoff et al. (2008) as perturbações psiquiátricas são comuns e frequentemente múltiplas em crianças com PEA. Assim, identificar este tipo de

comorbilidade permitirá mobilizar meios específicos de intervenção que irão permitir reduzir as dificuldades gerais e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com PEA e das suas famílias ou cuidadores. Nesse sentido, indivíduos com PEA devem ser rotineiramente seguidos pelos seus médicos, de modo a que possa ser levada a cabo uma avaliação sistemática de outras perturbações psiquiátricas associadas.

Também Leyfer et al. (2006) apontaram a importância de identificar que tipo de perturbações mentais estão mais frequentemente associadas às PEA, uma vez que este estudo pode ajudar a elucidar acerca dos mecanismos cerebrais envolvidos na perturbação. Além deste aspeto, essa pesquisa é igualmente útil no sentido em que quando os comportamentos problemáticos do indivíduo com PEA são reconhecidos como manifestações de uma perturbação psiquiátrica em comorbilidade com a PEA, em vez de comportamentos isolados, estes passam a ser tratados de acordo com tratamentos específicos.

De acordo com o estudo levado a cabo por Simonoff et al. (2008), envolvendo 112 crianças com PEA com uma idade média de 11,5 anos, 70,8% das mesmas apresentavam pelo menos uma perturbação psiquiátrica em comorbilidade com a PEA, 62,8% dos quais diziam respeito à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), Perturbação Emocional ou do Comportamento (Comportamento Opositivo ou Desafiante) e 24,7% correspondiam à Síndrome de Tourette, Tics, Tricotilomania, Enurese ou Encoprese. Mais especificamente, de acordo com o estudo, a perturbação psiquiátrica mais comumente associada foi a Ansiedade Social (29,2%), seguida da PHDA (28,1%) e do Comportamento Opositivo e de Desafio (28,1%).

Num outro estudo, realizado por Leyfer et al. (2006) com 109 indivíduos com PEA, foi demonstrada a frequente coocorrência de PEA com outras perturbações psiquiátricas, sendo que 72% dos indivíduos analisados apresentaram pelo menos uma perturbação em comorbilidade com a PEA e ainda que os indivíduos com PEA satisfaziam frequentemente critérios de diagnóstico não de apenas uma mas de várias perturbações em comorbilidade. Dos dados analisados neste estudo, as comorbilidades mais frequentemente associada com as PEA foram as Fobias Específicas (44%), a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (37%), a PHDA (31%), a Ansiedade de Separação (12%) e finalmente pelo menos um episódio de Depressão Major (10%).

Em termos genéticos, foram associadas às PEA principalmente as seguintes perturbações: Esclerose Tuberosa, Síndrome de X Frágil, Trissomia 21, Neurofibromatose, Síndrome de Angelman, Síndrome de Prader-wili, Síndrome de La Tourette e Síndrome de Williams (Zafeiriou, Ververi & Vargiami, 2007).

### 1.6. Teorias Explicativas

As causas das PEA são desconhecidas, contudo existem determinadas explicações que ajudam a perceber algumas das características típicas dos indivíduos com esta perturbação. Acredita-se que as PEA estejam relacionadas com alterações ao nível de determinadas partes do cérebro e com modificações genéticas (Mello, 2005). As PEA podem ainda estar associadas a problemas relacionados com acontecimentos que ocorreram durante a gestação ou no momento do parto (Mello, 2005).

De acordo com Baron-Cohen (2001), pela **Teoria da Mente** parece ser-se capaz de inferir o alcance total dos estados mentais (desejos, esperanças, intenções, imaginação, emoções, etc.) que estão na origem de uma determinada ação. Ou seja, a Teoria da Mente permite ao indivíduo refletir acerca do conteúdo da própria mente, ou da mente do outro. Em 1985, Baron-Cohen, Leslie e Frith, através dos seus experimentos, demonstraram que crianças com autismo apresentam défices em pôr em prática a Teoria da Mente. Esta falha foi explicada pela incapacidade que os mesmos apresentaram em interpretar estados mentais, o que faz com que não sejam capazes de atribuir crenças aos outros, estando portanto em desvantagem quando têm que prever o comportamento

dos mesmos. Ainda segundo os autores, este déficit é específico das crianças com PEA, não podendo ser atribuído aos défices gerais relacionados com o déficit cognitivo.

A **Teoria da Coerência Central** permite explicar o estilo de processamento, focado no detalhe, característico das PEA. Esta teoria é reforçada por um vasto e crescente conjunto de evidências que confirmam que os indivíduos com PEA são caracterizados por um desempenho elevado em tarefas que exigem um tipo de processamento focado nos detalhes, uma vez que estes têm a tendência para perceber os estímulos como fragmentos ou partes isoladas em vez de os integrarem como um todo (Happé, 2003; Happé & Frith, 2006). De acordo com Happé e Frith (2006), também se tornou claro que os indivíduos com PEA podem processar globalmente o significado de uma informação, quando explicitamente lhes é requerido que o façam, levando à noção da existência de duas vias de informação, uma para a informação de nível local e outra para a informação de carácter global. Se estas duas vias são específicas do autismo, ainda não é claro, contudo existem evidências de que as mesmas podem fazer parte do seu quadro fenotípico.

As Funções Executivas são um vasto conjunto de operações cognitivas que envolvem o córtex pré-frontal e que incluem entre outras funções o planeamento, a inibição, a flexibilidade de pensamento e ação e a memória operatória (Ozonoff, Pennington & Rogers, 1991). Tendo em conta a **Teoria das Funções Executivas**, foram identificados um padrão de défices cognitivos em indivíduos com PEA que são compatíveis com um déficit ao nível das funções executivas. Assim, através de vários estudos realizados nas últimas décadas, foi possível identificar os elementos das Funções Executivas em déficit nos indivíduos com PEA, sendo apontadas as capacidades de planeamento, de antecipar consequências e um déficit ao nível da flexibilidade mental e do controlo inibitório dos impulsos refletido num comportamento persistente, repetitivo e inflexível (Ozonoff, Pennington & Rogers, 1991; Hill, 2004).

### 1.7. Diagnóstico e avaliação

Em relação aos sintomas principais das PEA, é consensual que estes estão presentes em algum grau, desde o nascimento. Estes sinais são alvo da atenção dos pais precocemente, os quais vão-se apercebendo que algo está errado e que o desenvolvimento dos seus filhos não segue o caminho típico. Deste modo, os pediatras devem estar informados e vigilantes acerca do quadro sintomático das PEA, de modo a conduzir à deteção precoce, que por sua vez será importante no sentido de desenvolver um plano de intervenção envolvendo a criança, a família e o ambiente em que ambos se inserem (Matson, Rieske & Tureck, 2011).

De acordo com Mello (2005), as crianças com PEA passam por um período de normalidade anteriormente à manifestação dos sintomas. Alguns dos comportamentos, que não correspondem ao desenvolvimento típico do bebé, mais frequentemente observados pelos pais destas crianças dizem respeito a: ser excessivamente calmo ou chorar intensamente, não acenar com a mão para cumprimentar, não estabelecer contacto ocular ou fazê-lo por períodos de tempo muito curtos, aparecimento de movimentos estereotipados e repetitivos, fixação do olhar em determinados pontos, comportamentos como morder ou puxar os cabelos, problemas ao nível da alimentação e do sono e ainda episódios de epilepsia. Todos estes aspetos são fatores de alerta, contudo não são manifestações suficientes para que seja estabelecido um diagnóstico de PEA.

De um modo geral, os sinais de que o desenvolvimento das crianças com PEA não segue o caminho típico, surgem entre os 12 e os 36 meses de idade e podem manifestar-se nas seguintes formas: ausência de realização de gestos ou tentativas de comunicação não verbal, de reação à pronúncia do próprio nome e atrasos no desenvolvimento da linguagem oral (NIMH, 2011).

Assim, os sintomas de uma PEA devem ter estado presentes no início da infância, contudo podem não se manifestar completamente até que as solicitações sociais excedam as capacidades limitadas (APA, 2013a).

#### **1.7.1. Critérios de avaliação**

De acordo com a APA (2012, *in* Filipe, 2012), para que uma PEA seja diagnosticada, têm que ser cumpridos alguns critérios, nomeadamente: Critério A) Défices persistentes na comunicação e na interação social, observáveis em diferentes contextos não atribuíveis ao atraso de desenvolvimento em geral e manifestando-se através de todos os seguintes aspetos: défices na reciprocidade socioemocional; défices no comportamento de comunicação não-verbal utilizados na interação social; défices no estabelecimento e manutenção de relações sociais ajustadas ao nível de desenvolvimento; Critério B) Padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos manifestados por pelo menos dois dos seguintes aspetos: discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores ou manipulação de objetos repetitivos; adesão excessiva a rotinas, padrões ritualizados de comportamento verbal, ou não verbal, ou resistência à mudança; interesses fixos, altamente restritos, que são anormais na intensidade ou no foco; hiper ou hipo-reactividade sensorial ou interesse invulgar por aspetos sensoriais do meio; Critério C) Os sintomas devem ter estado presentes no início da infância (mas podem não se manifestar completamente até que as solicitações sociais excedam as capacidades limitadas); e finalmente o Critério D) O conjunto dos sintomas limitam e incapacitam o funcionamento no dia-a-dia.

### **1.8. Intervenção nas PEA**

Qualquer intervenção deve ter em conta a importância da articulação entre a instituição e os diferentes contextos em que a criança está inserida nomeadamente a família e a comunidade.

A família representa um aspeto fundamental para a intervenção e os técnicos que acompanham o caso devem ter a preocupação de envolver-la em todo o processo. Assim, é importante tentar perceber quais são as suas dúvidas em relação ao indivíduo e ao seu futuro, ter em conta as suas necessidades e prioridades e, criar um ambiente que propicie a comunicação de modo a partilhar perceções, desejos e informar a família de todos os progressos e evoluções da criança, com o objetivo de que estes possam ser mais facilmente generalizados aos diferentes contextos (DGIDC, 2008).

Em seguida, será feita referência à intervenção nas PEA relativamente ao âmbito farmacológico e psicoeducativo, as quais não devem ser exclusivas mas sim complemento uma da outra, caso seja necessário recorrer à via medicamentosa.

#### **1.8.1. Intervenção farmacológica**

De acordo com a análise de 115 estudos acerca de tratamentos farmacológicos, aplicados às PEA, os autores Huffman, Sutcliffe, Tanner e Feldman (2011), apontaram a *Risperidona* como uma medicação eficaz e segura aplicada no tratamento das PEA, incluindo os sintomas em geral e mais especificamente ao nível do comportamento adaptativo, hiperatividade e irritabilidade, sendo o medicamento com maior suporte empírico. Além da *Risperidona*, também o *Metilfenidato* foi apontado pela literatura como um medicamento eficaz na redução dos sintomas de desatenção e hiperatividade em crianças com PEA, contudo com níveis de resposta mais baixos comparativamente àqueles que são observados em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.



O padrão de comportamento repetitivo e restrito é uma barreira importante à aprendizagem e normal funcionamento das crianças com PEA e tem sido muito relacionado com os sintomas de comportamento obsessivo compulsivo. A este nível, foi identificado um efeito pequeno, mas significativo, relativamente ao inibidor de serotonina no tratamento de comportamentos repetitivos nas PEA (Carrasco, Volkmar & Bloch, 2012).

Em suma, não existe nenhum tratamento médico que possa atuar junto das manifestações nucleares do autismo, no entanto, alguns medicamentos tratam os sintomas e as doenças que podem estar associadas às PEA, tais como a epilepsia, alterações do sono e perturbações ao nível do comportamento (Mulas Ros-Cercera, Millá, Etchepareborda & Abad, 2010).

### **1.8.2. Intervenção psicossocial**

As características intrínsecas às PEA conduzem a um conjunto particular de pensamentos e funcionamento dos indivíduos com esta perturbação. Estes aspetos manifestam-se em dificuldades na compreensão e resposta adequada às diferentes solicitações dos contextos, escolher e integrar a informação que é importante e na resposta a estímulos sensoriais. Como já foi evidenciado, o autismo não se manifesta em todos os indivíduos de modo igual. Assim, enquanto que alguns apresentam graves dificuldades ao nível da aprendizagem, outros poderão apresentar bastante sucesso académico e profissional, sendo as dificuldades mais evidentes, ao nível da interação social (DGIDC, 2008).

A identificação de características específicas da PEA incluem, além dos comportamentos repetitivos e estereotipados e das dificuldades na comunicação e interação social, alguns aspetos característicos tais como: processamento sensorial, atenção, capacidade de sequencialização, motivação, resolução de problemas, memorização e cognição social. O conhecimento acerca dos mesmos permite perceber o estilo de aprendizagem destes indivíduos e ao mesmo tempo reconhecer as áreas fortes, nas quais se deve investir e desenvolver estratégias para potenciar as áreas em défice (DGIDC, 2008).

De acordo com Mulas et al. (2010), a Intervenção Psicossocial encontra-se organizada em:

- Intervenção Comportamental, a qual se baseia no ensino de novas capacidades através de técnicas individualizadas e especializadas, como por exemplo o Programa ABA (*Applied Behavior Analysis* de Ivar Lovaas);
- Intervenção Evolutiva cujo objetivo é promover o estabelecimento de relações positivas e significativas com outras pessoas através do ensino de técnicas sociais e de comunicação em ambientes estruturados e a desenvolver atividades de vida diária, como por exemplo através do programa DIR (*Developmental, Individual Difference, Relationship based/Floortime* de Stanley Greenspan);
- Intervenção Baseada em Terapias que engloba a intervenção centrada na comunicação, como é o caso do PECS (*Picture Exchange Communication System* de Lori Frost & Bondy Andy) e a Intervenção Sensoriomotora, através do treino de integração auditiva e sensorial;
- Intervenção Centrada na Família que enfatiza a ideia de que a inclusão da família no tratamento é fundamental e que se deve fornecer treino, informação e suporte a todos os membros da família;
- E finalmente a Intervenção Combinada que engloba elementos dos métodos comportamentais e evolutivos, que geralmente são mais eficazes, são exemplos de Intervenção Combinada os seguintes programas: SCERTS (*Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support* de Barry Prizant, Amy Wetherby, Emily Rubin & Amy Laurant), TEACH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* de Eric Schopler), *Early Start Denver*

*Model* (de Sally Rogers & Geraldine Dawson) e LEAP (*Learning Experiences and Alternate Program for Preschoolers and their Parents* de Phillip Strain).

Em seguida, serão apresentados mais detalhadamente as principais metodologias consideradas na intervenção ao nível das PEA.

#### 1.8.2.1. ABA (*Applied Behavior Analysis*).

O programa ABA foi desenvolvido por Ivar Lovaas em 1960 e teve origem no Behaviorismo, no sentido em que pretende explicar a relação entre aspetos tais como o ambiente em que o indivíduo se insere, o seu comportamento e a aprendizagem. Assim, de modo muito geral, o principal objetivo deste programa é analisar o comportamento de modo a alterá-lo e a tornar o indivíduo com PEA o mais independente e integrado na comunidade possível (Lear, 2004).

Este programa é aplicável tanto em crianças como em adultos, abrangendo todas as idades (Lear, 2004). O seu ponto central é ensinar por etapas os pré-requisitos necessários de modo a que o indivíduo aprenda naturalmente, sendo que as competências que mais frequentemente conduzem à aprendizagem são: a motivação, a autodisciplina, a curiosidade e o respeito pelo ritmo individual de cada um (Kenyon, Kenyon, Caio, 2002).

O currículo de intervenção é elaborado de acordo com as características e necessidades do indivíduo e abrange diversas áreas, tais como: linguagem, capacidades académicas, sociais, motoras, cuidados pessoais e não esquecendo o brincar (Lear, 2004). Na intervenção são também trabalhados aspetos tais como agressões físicas e verbais, autoagressões, fugas e estereotípias, (Kenyon, Kenyon & Miguel, 2002).

#### 1.8.2.2. DIR (*Developmental, Individual Difference, Relationship based*).

O Modelo DIR desenvolvido por Stanley Greenspan atribui uma importância especial a aspetos como a diferenciação individual e a relação com os cuidadores, familiares e comunidade cultural em geral. Assim, este modelo baseia-se em três aspetos dinamicamente relacionados e que influenciam o desenvolvimento humano, são eles: as características biológicas e genéticas do indivíduo, o envolvimento social, que inclui a família e a cultura do indivíduo e os padrões de interação com o outro, os quais estão dependentes das características genéticas e biológicas e do seu envolvimento social. Estes padrões de interação determinam a extensão de aquisições ou défices da criança em relação aos seguintes aspetos: regulação pessoal, relação com o outro, comunicação pré-verbal e uso de símbolos, sendo que o sucesso nestes aspetos irá influenciar a adaptação emocional e o comportamento funcional da criança.

De acordo com este modelo, é essencial a realização de uma avaliação multidisciplinar com o intuito de traçar o perfil da criança e determinar tipos específicos de experiências, das quais a criança e a família necessitam vivenciar e, deste modo, permitir que a criança adquira as capacidades necessárias ou promova o desenvolvimento daquelas que estão mais deficitárias (Greenspan & Wieder, 2007).

#### 1.8.2.3. PECS (*Picture Exchange Communication System*).

O PECS, inicialmente desenvolvido por Bondy & Frost em 1994, é uma ferramenta de treino da linguagem, útil para indivíduos de qualquer idade, com dificuldades comunicativas (Overcash, Horton & Bondy, 2010). Este sistema apresenta vantagens teóricas e práticas relativamente a outros programas de desenvolvimento da linguagem, tais como: não requer um treino exaustivo das capacidades aprendidas num ambiente de consequências artificiais, mas pelo contrário parte dos interesses da criança; promove a comunicação num envolvimento social em que a iniciativa da criança é valorizada;

envolve objetos e imagens concretas, e tem um impacto direto sobre o parceiro comunicativo não requerendo pré-requisitos ao nível das capacidades de imitação, motoras e expressão facial (Bondy & Frost, 1994).

O PECS é um programa constituído por seis fases, as quais dizem respeito a: troca de imagens; investimento na espontaneidade; discriminação em simultâneo de imagens; trabalho acerca da estrutura da frase; resposta à questão “o que é que tu queres?” e finalmente desenvolvimento de comentários em resposta a questões e introdução de conceitos adicionais à linguagem (Bondy & Frost, 1994).

Em suma, a implementação do PECS resulta num aumento da produção da fala e interação social para muitos indivíduos, bem como numa diminuição de comportamentos de desafio. As crianças que beneficiaram do PECS desenvolveram um discurso funcional e o uso inicial de imagens não impediu nem atrasou o desenvolvimento funcional da fala (Overcash, Horton & Bondy, 2010 & Bondy & Frost, 1994).

#### 1.8.2.4. *TEACH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children).*

O programa TEACH desenvolvido por Eric Schopler na década de 70, tem como objetivos principais melhorar a capacidade do indivíduo se adaptar ao mundo e agir em autonomia e fomentar o desenvolvimento de capacidades comunicativas, de organização e prazer na relação com o outro, através de um ensino positivo, que valoriza as capacidades das crianças com PEA (DGIDC, 2008).

Este programa assenta no ensino estruturado, o qual consiste num conjunto de estratégias que visam a organização espacial e temporal das atividades, materiais e espaços, conduzindo a sentimentos de segurança e confiança por parte da criança que por sua vez conduzem a um desenvolvimento em autonomia, num ambiente constante, sem imprevistos nem estímulos sensoriais penosos e numa base de sucesso (DGIDC, 2008).

Finalmente este programa apresenta diretrizes claras no que se refere à organização espacial e temporal. Assim, o ambiente físico deve estar organizado de forma clara e em áreas distintas que incluem espaços de transição, reunião, aprender, trabalhar, brincar, momentos de grupo e de computador. Também o tempo é claramente organizado através de elementos visuais conhecidos pela criança e utilizados num horário, que vão desde imagens a palavras ou objetos, o que lhe permite obter alguma previsibilidade, diminuindo assim o sentimento de ansiedade (DGIDC, 2008).

De referir ainda que as famílias com indivíduos com PEA apresentam dificuldades e necessidades acrescidas. Nesse sentido, é importante fornecer todo o apoio possível aos pais, de modo a que estes possam dar a melhor resposta às necessidades dos seus filhos e os ajudem a generalizar as capacidades aprendidas para todos os contextos da vida diária. Além disso, é necessário integrar os pais na avaliação e intervenção com a criança, no sentido em que estes são uma mais-valia em termos de conhecimento dos seus filhos e também, com o intuito de perceber quais são as preocupações e necessidades da família e assim esclarecê-los e informá-los acerca de recursos disponíveis na sociedade, tais como grupos de pais e associações (DGIDC, 2008).

Segundo Blair, Lee, Cho e Dunlap (2011), os modelos que incluem a colaboração família-escola aumentam a participação, de um modo adequado, dos indivíduos com PEA, enquanto que diminuem os seus problemas de comportamento tanto em casa como na escola. O mesmo estudo sugere que a colaboração família-escola é essencial no apoio a crianças com autismo que apresentam comportamentos desafiadores e que as famílias e a escola devem colaborar em todo o processo, de modo a maximizar os resultados alcançados e a generalizá-los a todos os contextos.

## 2. Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais – DID

Em seguida, será feita uma pequena abordagem às DID, tendo em conta os seguintes aspetos: definição e características inerentes, etiologia e prevenção, diagnóstico e avaliação e finalmente, intervenção com os indivíduos com DID.

### 2.1. Definição e características

A partir da década de 90, os critérios para a definição e classificação da Deficiência Mental passaram a incluir como características um QI (Quociente de Inteligência) inferior a 70 (ou seja, dois ou mais desvios padrão a baixo da média) e défices ao nível do Comportamento Adaptativo (CA) em pelo menos duas áreas do comportamento adaptativo avaliadas (Morato & Santos, 2007).

Em Abril de 2007 a *American Association on Mental Retardation* (AAMR) passou a designar-se de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). Esta mudança deveu-se à necessidade de considerar o aspeto adaptativo para além do aspeto psicométrico, dada a relevância que o mesmo assume, bem como o ajustamento social, assumindo ambos um peso semelhante no diagnóstico da DID (Morato & Santos, 2007).

Assim, o termo DID é atualmente adotado tendo vindo a substituir o “Défice Cognitivo/Atraso Global” (*mental retardation*), cobrindo a mesma população de indivíduos diagnosticados inicialmente com défices cognitivos, no que diz respeito ao número, natureza, nível e duração da deficiência e necessidade de apoios, meios e serviços. O termo enfatiza a perspetiva ecológica na interação entre a pessoa e o envolvimento e reconhece que a aplicação sistemática de apoios individuais pode melhorar o funcionamento do indivíduo (APA, 2013b). O Comportamento Adaptativo foi um fator preponderante na alteração da terminologia de Deficiência Mental para DID uma vez que cada vez mais é tida em conta a relevância do contexto para o indivíduo. De acordo com o estudo dos autores, é visível que a nova terminologia adaptada, parece gerar por si só maior aceitação e menor estigma face aos indivíduos com DID (Roque & Santos, 2010).

O constructo subjacente ao termo DID é diferente do subjacente a Défices Cognitivos/Atraso Mental. Este encara a dificuldade como algo ajustado entre as capacidades do indivíduo (com limites devido ao défice cognitivo/neural) e o contexto em que se insere, enquanto que o subjacente a “atraso mental”, encara a dificuldade como algo que faz parte do indivíduo. Ou seja, enquanto que o primeiro se refere a um estado de funcionamento, o segundo refere-se a uma condição interna da pessoa (Whemeyer et al. 2008).

Deste modo, a definição proposta pela AAIDD em 2007 para a DID e atualmente aceite é caracterizada por limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo manifestado em três domínios fundamentais: conceptual, social e prático, sendo que esta dificuldade tem que se manifestar antes dos 18 anos de idade (Schalock et al. 2007 in Morato & Santos, 2007).

Assim, a DID envolve défices nas capacidades cognitivas gerais com impacto no funcionamento adaptativo em três domínios, os quais determinam a forma como o indivíduo soluciona as exigências/tarefas diárias. Estes domínios são: Conceptual (e.g., linguagem, leitura, escrita, matemática, raciocínio, aprendizagem e memória), Social (empatia, ajustamento social, comunicação interpessoal, capacidade para fazer e manter amizades, etc.), Prático (organização e regulação pessoal em áreas tais como cuidados pessoais, responsabilidades no emprego, gestão do dinheiro, atividades de lazer, organização na escola ou nas tarefas do trabalho). Os sintomas individuais devem surgir durante o período de desenvolvimento e ser diagnosticados com base na severidade de défices e funcionamento adaptativo. A perturbação é considerada crónica e

frequentemente surge associada a outras perturbações tais como PEA, depressão, etc. (APA, 2013b).

O diagnóstico de um indivíduo com DID deve ter sempre em conta cinco aspetos fundamentais: o contexto em que se insere e os aspetos culturais; a comunicação, aspetos sensoriais, motores, adaptativos, culturais e linguísticos; ter em consideração não apenas os défices, mas também as áreas fortes; definir as necessidades de apoio e finalmente ter em conta que a funcionalidade do indivíduo com DID não é estanque, mas que pode ser melhorada, caso receba os apoios necessários durante um período de tempo considerável (Morato & Santos, 2007).

No que se refere à prevalência, estima-se que cerca de 10,37 em cada 10 000 pessoas no mundo apresentem DID, sendo que a maior prevalência é observada nos países de baixo e médio desenvolvimento, nos quais os valores quase duplicam em relação aos países mais desenvolvidos. Na maioria dos casos, a DID é identificada na infância, especialmente em idade escolar (Maulik et al, 2011).

## **2.2. Etiologia e prevenção**

A etiologia deve ser conceptualizada como um diagnóstico específico, que se traduz em informação clinicamente relevante para a família e que inclua aspetos tais como prognóstico, risco de recorrência e metodologias de intervenção. No caso das DID, a etiologia pode ser relacionada com fatores genéticos, envolvimentais e ecogenéticos (Kabra & Gulati, 2003).

A este nível, é importante que seja realizada uma prevenção adequada, no sentido de reduzir o número de casos, bem como na gravidade das manifestações (Kabra & Gulati, 2003), a qual tem tido um grande impacto na diminuição de casos de DID (Silverman, 2009).

A prevenção pode estar organizada em três níveis, nomeadamente: Primária, que tem como objetivo evitar a ocorrência de determinados acontecimentos relacionados com o surgimento de DID (e.g., durante a gravidez deve ser realizada uma nutrição adequada, prevenção de casos de anemia, prevenção ao nível de gravidezes muito precoces ou muito tardias, etc.), Secundária, com o intuito de evitar ou minimizar as consequências após a ocorrência (e.g., diagnóstico e intervenção precoce após o nascimento, bem como aconselhamento parental) e Terciária, no sentido de minimizar as consequências e disponibilizar meios (e.g., intervenção e acesso a apoios e serviços necessários) (Silverman (2009).

Silverman (2009) aponta alguns meios utilizados na prevenção, como por exemplo: dietas especializadas (e.g., em alimentações pobres em iodo), utilização de vacinas (e.g., contra a rubéola), programas de sensibilização (e.g., contra o consumo de álcool pela mãe durante a gravidez), alteração ao nível de práticas médicas (de modo a evitar lesões cerebrais causadas por hipoxia ou lesões mecânicas, transmissão de infeções virais maternas, etc.) e sensibilização para o perigo de exposição a determinadas substâncias tais como o mercúrio e chumbo de modo a evitar os seus efeitos potencialmente neurotóxicos.

Em suma, é importante que seja realizado um trabalho ao nível da prevenção e intervenção precoce no sentido de diminuir a prevalência de casos e reduzir as dificuldades do indivíduo e das suas famílias (Kabra & Gulati, 2003; Silverman, 2009).

## **2.3. Diagnóstico e avaliação**

De acordo com o DSM-V a avaliação dos indivíduos com DID deve basear-se na recolha de informação clínica, bem como em testes de avaliação da inteligência standardizados, não baseando a severidade dos défices apenas no valor do QI encontrado, mas igualmente nas características do funcionamento adaptativo do indivíduo. Os resultados

alcançados ao nível do valor do QI devem ser incluídos na avaliação individual, considerando-se a existência de défices intelectuais aproximadamente a partir de dois ou mais desvios padrões abaixo da média da população, ou seja, um score igual ou inferior a 70. A avaliação cognitiva deve abranger os domínios conceptual, social e prático, permitindo que os clínicos baseiem os seus diagnósticos no impacto do défice nas capacidades cognitivas gerais e no funcionamento necessário às atividades da vida diária, sendo que esta informação é especialmente importante na definição de objetivos ao nível do plano de intervenção desenvolvido (APA, 2013b).

Além de testes de inteligência estandardizados, devem ser igualmente aplicados testes relacionados com o Comportamento Adaptativo, como por exemplo, a ECA (Escala do Comportamento Adaptativo, desenvolvida por Lambert, Nihira & Leland em 1993), que se trata de uma avaliação que aborda as principais áreas do desenvolvimento e não se limita ao quociente de inteligência do indivíduo. As áreas avaliadas através deste instrumento referem-se a aspetos relacionados com a autonomia, comunicação verbal e não-verbal, conhecimento acerca do tempo e de conceitos matemáticos simples, fatores relacionados com as características de desenvolvimento ao nível físico, aspetos vocacionais e profissionais, e características relacionadas com a maneira de ser, aspetos sociais e responsabilidade, tendo como objetivo delinear um conjunto de características específicas do indivíduo (Santos, 2001).

#### **2.4. Intervenção nas DID**

O tratamento e o prognóstico do sujeito com DID estão dependentes de condições individuais. Assim, todos os indivíduos devem ser alvo de intervenção precoce, psicoterapia e devem ser sempre realizados despistes ao nível sensorial, nomeadamente défices relacionados com a visão e a audição. No que se refere ao tipo de apoio prestado, deve ser considerada a inclusão na educação especial, bem como o treino vocacional e a institucionalização deve ser evitada ao máximo, privilegiando sempre a integração na sociedade. Relativamente à intervenção, este tipo de apoio deve ser implementado por uma equipa multidisciplinar, incluindo aconselhamento parental e devem ser enfatizados os aspetos positivos do indivíduo, contudo não devem ser criadas falsas expectativas às famílias devendo ser esclarecidos mitos e sentimentos de culpa que possam ser vivenciados pelos pais destes indivíduos (Kabra & Gulati, 2003).

A tarefa de desenvolvimento de um plano de vida para os indivíduos com DID passa por identificar as suas áreas fortes e fracas e permitir que estes usufruam das mesmas oportunidades que os seus pares, através da avaliação do CA, que permitirá obter conhecimento acerca do tipo e frequência de serviços a mobilizar, para prestar os apoios necessários. As principais respostas neste âmbito são os protocolos estabelecidos com Centros de Recursos para a Inclusão (CRIs), atividades desenvolvidas pelos profissionais envolvidos e as respostas educativas, fornecidas pelos educadores (Roque & Santos, 2010).

Ao nível da intervenção, o foco dos sistemas e serviços habilitativos e educacionais deve ser compreender e encarar a pessoa com base nas suas necessidades de suporte e não com base nos seus défices. Estes dois aspetos apresentam uma relação recíproca, uma vez que um nível maior de défices corresponde a uma necessidade de apoios mais intensa, de modo a reduzir a discrepância entre competências pessoais e requisitos do meio/atividades, provocando as mudanças necessárias para que a participação se torne possível e seja então promovida a funcionalidade humana (Thompson et al. 2009).

O sistema de apoio das funções individuais deve seguir os seguintes passos: identificar objetivos e experiências pessoais, avaliar a necessidade de apoios, desenvolver e implementar um plano individualizado, monitorizar o processo de implementação e avaliar os resultados alcançados. Este sistema é composto pelos seguintes elementos: recursos (pessoais ou da comunidade), funções de suporte (e.g., ao nível financeiro, emprego,

etc.), intensidade de apoio necessária e expectativas/desejos individuais (Thompson et al. 2009).

Em suma, a adoção do termo DID implica uma compreensão ao nível da deficiência que vá de encontro a uma perspetiva multidimensional e exige que sejam desenvolvidas e implementadas intervenções que se centram nas áreas fortes dos indivíduos e que deem relevo à necessidade de apoios e meios que tenham como objetivos melhorar as áreas em défice, promover o funcionamento humano, trabalhando em simultâneo aspetos tais como a capacidade intelectual, o comportamento adaptativo, a saúde, a participação do indivíduo na sociedade, as características do contexto e o suporte individualizado (Wehmeyer et al., 2008).

### **3. A Intervenção Psicomotora**

O termo “Psicomotricidade” foi utilizado pela primeira vez em 1909 por Dupré a propósito de estudos acerca de défices motores em indivíduos com défices cognitivos. No entanto, este termo só começou a ser investigado cientificamente por Henri Wallon em 1925. Este autor apontou o aspeto tónico e emocional como bases do processo de intervenção psicomotora e o movimento como reflexo do psiquismo. A Wallon seguiu-se Guilmain, que em 1935 publicou uma obra importante no âmbito da reeducação psicomotora. Os trabalhos de Wallon impulsionaram na década de 70 autores como Pick e Vayer, Le Boulch, Lapierre e Aucouturier, Defontaine e ainda Ajuriaguerra, Stambak, N. Galifret-Granjon e Bergés. De entre os autores referidos, Ajuriaguerra destaca-se pelos trabalhos desenvolvidos ao nível do tónus e de métodos de relaxação que constituem os alicerces da Psicomotricidade (Fonseca, 2010).

No que se refere às bases da Psicomotricidade, é de salientar ainda o papel dos autores russos, nomeadamente de Vigotsky em relação à sua perspetiva sócio-histórica do movimento, Bernstein, Zaporozhets e Elkonin e principalmente Luria, pelo sistema que criou em termos de organização do movimento humano em três unidades funcionais, indispensáveis a qualquer atividade mental, em termos de movimento voluntário, organização psicomotora e linguagem falada ou escrita. Assim, a primeira unidade permite regular o tónus e a vigília, a segunda tem o intuito de obter, processar e armazenar a informação e finalmente a terceira cuja função é programar, regular e verificar a atividade mental (Fonseca, 2005).

A Psicomotricidade pode ser entendida como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade do ser humano” (Fonseca, 2004, p.18). O psiquismo refere-se ao conjunto de processos mentais tais como os aspetos sociais e relacionais, conceitos, capacidade simbólica, etc., ou seja, todos os mecanismos cognitivos, já a motricidade refere-se à expressão do psiquismo, através do corpo, envolvendo também a linguagem. A Psicomotricidade é assim o reflexo entre a relação dinâmica do aspeto motor, com o aspeto emocional e cognitivo (Fonseca, 2001).

De acordo com Fonseca (2004), a Psicomotricidade apresenta uma vertente multidisciplinar uma vez que vai buscar fundamentos a vários domínios do conhecimento (e.g., psicologia e antropologia), multiexperencial no sentido em que se preocupa em perceber todos os processos na qual se manifesta, em todas as etapas da vida e em indivíduos com e sem dificuldades e finalmente multicontextual, dado que pode ser aplicada nos diferentes domínios de vida do indivíduo (e.g., família, escola e meio aquático).

Lièvre e Staes (2012) referem que o homem é um ser psicomotor e que cada um dos seus atos testemunham a manifestação conjunta das capacidades intelectuais, afetivas e

motoras. Nesse sentido, a Psicomotricidade é uma aproximação global da pessoa sendo que pode ser entendida como uma função que sintetiza o psiquismo (emoções, intencionalidade, compreensão, imaginação, etc.) e a motricidade humana (posturas, movimentos, etc.) em interação constante, com o objetivo de permitir que o indivíduo se adapte de modo adequado ao envolvimento, se organize na realização das suas atividades, permitindo conhecer-se a si mesmo e ao envolvimento imediato e, deste modo, agir de forma adequada, tendo sempre em conta três aspetos fundamentais: corpo, espaço e tempo.

Assim, o desenvolvimento psicomotor da criança organiza-se nos seguintes domínios: motricidade, tomada de conhecimento de si mesmo e tomada de conhecimento do seu envolvimento espaço-temporal e na sua adaptação a este. Ou seja, a atividade psicomotora é a base de toda a aprendizagem, sendo que existe uma relação estreita entre o desenvolvimento psicomotor e o desenvolvimento intelectual, verbal e afetivo (Lièvre & Staes, 2012).

A intervenção psicomotora é entendida como uma terapia de reeducação ou mediação corporal, dando resposta a problemas do âmbito corporal, relacional e cognitivo, de indivíduos de todas as faixas etárias e em vários contextos (e.g., educacional, hospitalar, meio aquático, etc.). Esta engloba três âmbitos principais: Preventivo (com o intuito de potenciar competências sociais e o desenvolvimento em geral), Educativo (com o objetivo de estimular a aprendizagem e os fatores psicomotores) e finalmente Reedutivo/Terapêutico (o qual se destina a indivíduos cujo desenvolvimento psicomotor, emocional e o potencial de aprendizagem estão comprometidos, tentando assim colmatar esses défices e a estimular a adaptação do indivíduo aos diversos contextos de vida) (APP – Comissão de Enquadramento Profissional, 2005).

A intervenção psicomotora centra-se no indivíduo enquanto ser global e inclui aspetos quer relacionais quer funcionais, sendo que as características motoras, mentais e emocionais interligam-se e relacionam-se entre si e com o meio. Neste sentido, a intervenção psicomotora pode privilegiar uma componente mais psicoafetiva e relacional ou por, outro lado, uma componente mais instrumental (Martins, 2001).

A Componente Relacional tem o seu foco na relação terapeuta-indivíduo, na sua expressividade e na relação que estabelece com o outro e com o envolvimento, espaço e tempo real, através do jogo, da representação simbólica e da comunicação não-verbal. Por outro lado, a componente Instrumental da Psicomotricidade baseia-se no estabelecimento de uma relação mais concreta com os objetos e as componentes ambientais. Com esta, e a partir de atividades sensório-motoras “pretende-se estimular o desenvolvimento da actividade perceptiva e da actividade simbólica e conceptual, valorizando a intencionalidade e a consciencialização da acção” e tem como meio as diferentes formas de expressão do indivíduo, quer pela palavra, grafismo ou pintura e através da resolução de problemas, ao mesmo tempo que são estimulados aspetos tais como a autoestima, a confiança, motivação e organização do pensamento (Martins, 2001, p.32).

A intervenção psicomotora tem como objetivo o desenvolvimento dos fatores psicomotores, de modo a que o indivíduo conheça e viva melhor com o seu corpo, permitindo assim uma relação e organização mais eficaz no espaço, no tempo e com o envolvimento físico, o desenvolvimento de competências sociais e relacionais mais eficazes, a otimização do potencial de adaptação e aprendizagem, de modo a aceder eficazmente a todos os contextos de vida, considerando sempre os ecossistemas em que se insere (Fonseca, 2004; Fonseca, 2005). Para que tais objetivos sejam alcançados, o psicomotricista tem que intervir ao nível dos aspetos emocionais, afetivos e cognitivos do indivíduo, atribuindo significado às atividades desenvolvidas, envolvendo-se na relação com o outro e conferindo ao indivíduo uma sensação de prazer, segurança e autonomia (Fonseca, 2001).



A aquisição das aprendizagens e o desenvolvimento da criança estará dependente da relação terapêutica estabelecida com a mesma, a qual deverá respeitar as suas características individuais e procurar constantemente motivá-la num ambiente afetivo, seguro, criativo, em que a sua iniciativa é valorizada, em que existe um compromisso mútuo entre a criança e o adulto, com uma aprendizagem organizada de modo progressivo e em que é respeitado o seu ritmo próprio (Onofre, 2004). Assim, é fundamental a “utilização do jogo e criatividade no seu aperfeiçoamento psicomotor e linguístico, com vista à sua identificação pessoal e ao seu conhecimento pessoal”, sendo que o conhecimento próprio é um fator determinante para o funcionamento da personalidade e da autonomia (Onofre, 2004, p.99).

Em relação aos aspetos metodológicos, na Psicomotricidade toda a aprendizagem se baseia na experiência, inicialmente através do conhecimento do próprio corpo e dos limites do mesmo, recorrendo ao movimento, ou percepções internas ou externas, o qual se vai marcar na memória intelectual, perceptiva e afetiva, permitindo um afastamento do agir ao sentir e deste modo um pensamento mais abstrato, em seguida recorrendo ao aspeto manipulativo (de diferentes materiais e jogos) e finalmente ao aspeto representativo, com recurso a diferentes formas de expressão (e.g., papel e lápis) (Lièvre & Staes, 2012). A intervenção psicomotora recorre ao corpo como meio de estimular a empatia e a comunicação e ao jogo como recurso para estimular o desenvolvimento geral da criança (Llinares & Rodríguez, 2003).

Dependendo das necessidades do indivíduos e dos objetivos a trabalhar, pode ser tomada a opção de levar a cabo uma intervenção orientada para a ação ou orientada para a resposta. No tipo de intervenção orientada para a ação, o trabalho tem como objetivos principais o desenvolvimento global da pessoa, ao nível mental e físico, nomeadamente no domínio sensório-motor, perceptual, cognitivo, social, emocional, das capacidades motoras globais e finas, e de aspetos relacionados com a organização espaço-temporal, equilíbrio, capacidade para relaxar e para comunicar com o outro. Já no que se refere à intervenção orientada para a resposta, o objetivo é a exploração de emoções e vivências, de modo a que o indivíduo aprenda a expressar e a regular as suas emoções, aumente a resistência à frustração, diminua a impulsividade, melhore a capacidade de relação com o outro, aumente a autoestima, a autoconfiança e o conhecimento de si próprio (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

### **3.1. Intervenção psicomotora nas PEA**

A intervenção psicomotora apresenta-se como um meio que permite à criança com PEA aceder a um melhor conhecimento do seu próprio corpo e assim projetar-se mais facilmente no exterior e melhorar a sua capacidade relacional.

De acordo com Mastrangelo (2009), os indivíduos com PEA apresentam dificuldades acrescidas em aceder ao jogo, em iniciar e manter uma brincadeira e em estabelecer relações com os pares durante a interação. Estas dificuldades devem-se essencialmente aos défices que apresentam ao nível do planeamento motor, linguagem expressiva e recetiva, imitação, motricidade global e fina, jogo simbólico e relação e expressão emocional. Nesse sentido, é importante possibilitar oportunidades de jogo a estas crianças, usando uma linguagem clara e objetiva, pistas visuais e incluindo brinquedos ou objetos que façam parte dos seus interesses pessoais de modo a envolvê-las e motivá-las para a atividade. Em suma, o jogo poderá servir de meio para que o indivíduo desenvolva competências tais como flexibilidade, lateralidade, equilíbrio, estruturação espaço-temporal, reciprocidade, controlo de impulsos, jogo simbólico, competências sociais, motoras, comunicativas e de imitação, sendo um facilitador na relação do indivíduo com o outro e com o mundo que o rodeia (Mastrangelo, 2009; Azambuja, 2005). O termo “Psicomotricidade Relacional” surge frequentemente associado às PEA. Esta tem como objetivo o desenvolvimento global e a aprendizagem do indivíduo, tendo como

meio o “jogo”, permitindo deste modo que o indivíduo aceda ao simbólico, à experiência corporal e à interação. O jogo desenrola-se através de atividades corporais, na relação com os materiais e no contacto com o outro. Neste âmbito recorre-se a estratégias tais como o contacto físico, olhar-mímica, comunicação verbal, reforço constante e criação de vínculos, tendo como foco a criação de situações de relação e não tanto o treino de capacidades ao nível corporal (Falkenbach, Diesel & Oliveira, 2010).

Em relação ao material utilizado nestas dinâmicas, recorre-se frequentemente a bolas de vários tamanhos e texturas, permitindo a exploração sensorial, bem como outros materiais dinâmicos e mediadores de interação com o outro, colchões de espuma e tecidos que podem ser utilizados como meio de delimitação do corpo, permitindo sentir e tomar conhecimento acerca do mesmo ou como meio desencadeador de um sentimento de proteção e aconchego, bem como outro tipo de brinquedos, espelhos, suportes musicais, marionetas, animais, jogos de diferentes tipos, material de grafismo e desenho (Machado, 2001; Boutinaud, 2010).

O trabalho com a criança com PEA exige da parte do psicomotricista uma grande energia psíquica, de atenção e vigilância, bem como uma grande disponibilidade corporal e uma capacidade criativa face aos mecanismos de defesa do indivíduo em relação às tarefas apresentadas. O tipo de trabalho desenvolvido, em grupo ou individual, e o tipo de materiais utilizados, vai sempre depender do interesse e da capacidade do indivíduo para responder e se adaptar a estes. No que se refere aos pais, devem ser marcados encontros frequentes, no sentido de discutir os objetivos alcançados e transferir estratégias para os mesmos (Boutinaud, 2010).

Assim, a intervenção psicomotora deve ter em conta a participação ativa do terapeuta e as características próprias do indivíduo, permitindo que este se desenvolva globalmente nomeadamente nos seguintes domínios: social, ao nível da relação com os pares, atenção e ação conjunta, interpretação de estados emocionais do outro e capacidade de ajustamento a interações sociais; comunicação e linguagem, em relação às funções comunicativas, da linguagem expressiva e recetiva, partindo dos interesses da criança, da comunicação não-verbal e de sistemas de comunicação alternativos; antecipação e flexibilidade, no que diz respeito à competência de antecipação, flexibilidade comportamental (e.g., presença de estereotipias), controlo da atividade e falta de autonomia e finalmente nas dificuldades de simbolização, nomeadamente na ausência de jogo simbólico, funcional e imaginativo, capacidade de imitação e de criação de gestos comunicativos adequados (Linares & Rodríguez, 2003).

Em suma, a intervenção psicomotora permite o desenvolvimento da expressão simbólica, da criatividade, da exploração sensório-motora, bem como o estabelecimento de uma relação mais adequada com o indivíduo e com os objetos, procurando formas alternativas de comunicação que servirão de alicerces ao desenvolvimento da linguagem verbal. A interação com o outro num ambiente seguro, previsível e organizado irá permitir o estabelecimento de um vínculo entre terapeuta-criança que por sua vez vai facilitar a sua organização espacial, temporal e corporal, dos seus pensamentos e da relação com o outro e com os objetos (CADIn, 2005).

### **3.2. Intervenção psicomotora nas DID**

No que diz respeito à DID, as componentes de informação e os fatores psicomotores são menos acessíveis ao indivíduo, nomeadamente ao nível da tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, velocidade e precisão da execução, manifestando-se ao nível psicomotor por “dismetrias, discromias e dispraxias” problemas ao nível da identificação e resolução de problemas, recolha de informação, atenção, memória e processamento de informação (Fonseca, 1995, p.132). Ao nível da execução motora, verificam-se ainda imprecisões de carácter global e fino e ainda dificuldades na execução

de tarefas novas e na capacidade de generalização devido às dificuldades de planificação e execução que apresentam (Fonseca, 1995).

Ao nível das Funções Executivas, os indivíduos com DID apresentam alguns défices, nomeadamente em relação à fluência verbal, capacidade de dividir atenção entre múltiplas tarefas, memória de trabalho relacionada com o controle executivo da codificação, o que inclui a mudança entre tarefas, velocidade de acesso a itens lexicais e na fluência verbal (Danielsson, Henry, Ronnberg & Nilsson, 2010).

Assim sendo, verifica-se que os défices apresentados ao nível dos domínios psicomotores nos indivíduos com DID estão presentes e afetam várias áreas, sendo importante apostar na intervenção psicomotora, a qual terá maior sucesso quanto mais cedo for iniciada, alcançando ganhos sobretudo ao nível da funcionalidade do indivíduo. Em termos de intervenção, estes indivíduos poderão beneficiar de atividades em grupo, dadas as dificuldades em termos sociais que apresentam e a importância que as experiências entre pares têm para a aprendizagem de competências neste domínio, através da observação, modulação e reprodução de comportamentos. No que se refere à intervenção é ainda importante ter em conta o papel que a inclusão dos interesses pessoais têm para o sucesso e a motivação para a aprendizagem, e ainda o respeito pelo ritmo próprio de aquisição de competências, que nestes indivíduos se processa mais lentamente (Leitão, Lombo e Ferreira, 2008). Finalmente, é importante englobar as áreas fortes, referidas por Bergeron e Floyd (2006) como o processamento visuo-espacial e o nível auditivo, de modo a estimulá-las e alcançar ganhos ao nível das áreas fracas nomeadamente a memória de longo prazo e a compreensão.

Dadas as dificuldades que estes indivíduos apresentam ao nível da adaptação aos diferentes ambientes, podem ser alcançadas maiores evoluções se os mesmos forem variando, bem como ao nível do enriquecimento de equipamentos e materiais diversos, isto é, um maior rendimento poderá estar relacionado com a variabilidade e qualidade em termos ecológicos e contextuais (Fonseca, 2001).

Em suma, a intervenção psicomotora como meio que permite estabelecer a reciprocidade entre os aspetos motores e psíquicos, permitirá um desenvolvimento global e estimular o potencial de aprendizagem e de adaptabilidade no indivíduo com DID (Fonseca, 2001).

#### **4. Enquadramento institucional**

Neste ponto, em primeiro lugar será feita uma breve descrição do CADIn tendo em conta parâmetros tais como a população a quem de destina, os serviços de que dispõe, a equipa técnica que faz parte do mesmo, aspetos relativos às instalações e à acessibilidade das mesmas, ao funcionamento e orçamento e finalmente em relação à articulação do CADIn com a comunidade e a família. Seguidamente, será brevemente caracterizada a intervenção psicomotora na instituição.

##### **4.1. População e serviços**

O CADIn trata-se de uma IPSS, Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada em 2003 e que nasceu de um projeto de responsabilidade social lançado por várias empresas (Millenium BCP; Banco Comercial Português; Banco Português de Investimento; Caixa Geral de Depósitos; Cap Gemini Portugal; Galp Energia; Fundação Oriente; Fundação Stanley Ho; Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação Huguette e Marcel de Botton). A instituição tem como visão ser um centro de referência no tratamento e estudo das perturbações do desenvolvimento e um centro de excelência cuja atuação se centra em três pilares, nomeadamente a atividade clínica, a formação e a

investigação e cuja missão é a promoção da integração de crianças, jovens e adultos com perturbações de desenvolvimento na sociedade .

De acordo com a hierarquia de valores do CADIn em primeiro lugar encontram-se os Utentes do centro, em seguida a Instituição e finalmente a equipa.

O número de utentes que são atendidos no CADIn tem verificado um crescimento ao longo de todos os anos de existência do centro, passando de 1983 utentes para mais de 16.000 utentes registados em Junho de 2012. A população alvo trata-se de crianças, jovens e adultos maioritariamente entre os 11 e os 15 anos (35%), seguindo-se a faixa etária entre os 6 e os 10 anos (28%), entre os 16 e os 20 anos (17%), com mais de 21 anos (12%) e finalmente entre os 0 e os 5 anos (9%) (Pinho, 2012).

O Centro dispõe de diversas especialidades médicas nas áreas do Desenvolvimento, Neurologia, Pedopsiquiatria e Psiquiatria e encontra-se organizado em núcleos de trabalho os quais são compostos por profissionais com formações e interesses variados que trabalham numa equipa multidisciplinar, relacionando-se com as seguintes perturbações e problemáticas:

- Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE) – especializado na avaliação e apoio a crianças e jovens nomeadamente ao nível cognitivo, das competências pré-académicas, comportamento e emocional, leitura, escrita, matemática, oralidade e métodos e hábitos de estudo, bem como na organização de ações de formação, material pedagógico e projetos de investigação sobre esta temática;
- Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos (PEADC) – este núcleo tem como objetivo avaliar, diagnosticar, intervir terapeuticamente, formar e investigar, bem como desenvolver programas de intervenção ao nível da intervenção precoce, autismo, competências sociais, autonomia, competências académicas, comunicação e linguagem, intervenção psicomotora, psicologia clínica e terapia cognitivo-comportamental, de modo a desenvolver competências específicas na criança/jovem, ajudar a família e informar a escola;
- Défice de Atenção, Hiperatividade e Outros Problemas do Comportamento – cujo objetivo é diagnosticar, intervir terapeuticamente, formar pais, profissionais e professores e investigar no âmbito da Hiperatividade e Défice de Atenção, Distúrbio da Atenção, Motricidade e Perceção (DAMP), Perturbações do Comportamento, Problemas Emocionais e Perturbações do Humor através de programas de intervenção multimodal, terapia cognitivo-comportamental, treino parental, gestão de autocontrolo, intervenção psicomotora, competências sociais, promoção de autonomia, autoestima e de competências académicas;
- Intervenção Socioprofissional (ISP) – que tem como áreas de intervenção a clínica, a formação e a investigação, tendo como objetivo ajudar os jovens e adultos com Perturbações do Desenvolvimento (Autismo, Síndrome de Asperger, Deficiência Mental e PHDA) na transição para a vida adulta fornecendo-lhes estratégias que lhes permitam uma melhor adaptação ao meio social e profissional e sensibilizar a sociedade para as capacidades e dificuldades destes jovens. Este núcleo encontra-se envolvido em dois projetos, nomeadamente “Capacitar para o trabalho” que tem como objetivo a integração profissional de 7 jovens com Síndrome de Asperger e “Redes Ativas”, que visa desenvolver a autonomia de 10 indivíduos com PEA;
- Terapia da Fala (TF) – este núcleo é responsável por avaliar, estabelecer ligações com as escolas, desenvolver ações de formação, *workshops* e participações em congressos e intervir nas seguintes áreas: Perturbações da Comunicação, Articulatórias, Patologia vocal na infância, Atrasos no Desenvolvimento da Linguagem e Fonológico e ainda ao nível das PEA;
- Intervenção no Uso da Internet e das Telecomunicações – que desenvolve o seu trabalho ao nível da investigação, prevenção e intervenção, nomeadamente em aspetos como a “Utilização Adequada das Novas Tecnologias”, “Uso Excessivo das Novas Tecnologias” e “Cyberbullying”;

- Orientação Escolar e Profissional – cujo objetivo é conhecer o sistema educativo português, promover o autoconhecimento, fornecer informação relativa aos requisitos, exigências e condições de trabalho das diferentes atividades profissionais e desenvolver a maturidade vocacional.

O processo de admissão de utentes no CADIn faz-se em primeiro lugar através da receção/secretaria, que também fornece informação sobre a Bolsa Social. Os utentes são direcionados para uma consulta médica que deteta e encaminha os casos para um dos núcleos do CADIn de acordo com os aspetos revelados na consulta médica, sendo em seguida alvo de uma avaliação e intervenção direcionada à problemática apresentada pelo profissional mais indicado, tendo em conta a sua formação e as necessidades do utente (CADIn, n.d.).

#### **4.2. Caracterização da equipa técnica**

Em relação aos funcionários que compõem este centro estes distribuem-se por diversas áreas e distintos núcleos de perturbações e problemáticas, tendo em conta o tipo de formação e interesses pessoais de cada um, os quais são:

- Direção Administrativa e Financeira: receção, secretariado, contabilidade, bolsa social e gestão de projetos, num total de dez funcionários;
- Especialidades Médicas: desenvolvimento e neurologia (dois Neuro Pediatras, sendo que um deles é responsável pela Direção Clínica) e Pedopsiquiatria e Psiquiatria (dois Psiquiatras, sendo que um também é responsável pela Direção Científica e dois Pedopsiquiatras);
- Diagnóstico e intervenção:
  - Núcleo da Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem ( uma Psicóloga Clínica, uma Psicóloga Educacional, uma Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora – TSRP e três Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação - TSEER);
  - Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos (uma Terapeuta da Fala, uma técnico de Terapia Ocupacional (TO), três Psicólogas Clínicas e um TSEER);
  - Núcleo de Atenção, Hiperatividade e Outros Problemas de Comportamento (uma Psicóloga Clínica, uma TSEER);
  - Núcleo de Intervenção Socioprofissional (duas Psicólogas clínicas);
  - Núcleo de Intervenção no uso da Internet e das Telecomunicações (uma Psicóloga Clínica).

Em suma, o CADIn é composto por 33 colaboradores das mais diversas áreas e formações.

No que se refere a reuniões, o CADIn valoriza a atualização de conhecimentos da sua equipa técnica, proporcionando reuniões, apresentações de diversos temas relacionados com as problemáticas acompanhadas no centro e discussões de casos clínicos duas vezes por semana. Além desta reunião bissemanal, cada núcleo de trabalho reúne semanalmente com o intuito de distribuir casos, discutir aspetos relacionados com os casos acompanhados, partilhar materiais, discutir artigos científicos, preparar apresentações e *workshops*, entre outros aspetos pertinentes que possam surgir (Pinho, 2012).

#### **4.3. Instalações e acessibilidade**

O CADIn é um centro bastante acessível, principalmente para quem se desloca na sua viatura própria, uma vez que se localiza bastante próximo de uma saída da autoestrada, tendo um parque de estacionamento próprio de grandes dimensões o que facilita a acessibilidade ao mesmo. No caso de não dispor de viatura própria, existem autocarros

que param mesmo em frente ao Centro, sendo também esta uma possível forma de deslocação.

No que se refere às infraestruturas do CADIn, este é bastante acessível para pessoas com mobilidade reduzida, uma vez que se encontra num terreno bastante plano, tem portas largas e os únicos degraus que dão acesso às salas do piso superior possuem uma plataforma que desloca cadeiras de rodas ao longo das mesmas caso seja necessário.

Todas as divisões do CADIn foram pensadas tendo em conta o bem estar e as necessidades dos seus utentes, possuindo espaços de convívio confortáveis e com elementos disponíveis para que os acompanhantes dos utentes possam passar algum tempo de forma mais prazerosa, as salas de atendimento são espaçosas e bastante ricas em materiais e equipamentos que se encontram guardados dentro da própria sala, em espaços destinados a esse efeito.

Os espaços do CADIn, desde a zona da receção às próprias salas terapêuticas, estão decorados de forma bastante alegre e acolhedora, tendo o cuidado de que esta seja adequada para a faixa etária que recebem de modo a que os utentes se sintam confortáveis e à vontade durante os momentos de avaliação e intervenção.

Finalmente, tendo em conta o número de utentes da região de Setúbal que se deslocam ao CADIn, com o objetivo de estar mais próximo dos mesmos e contando com o apoio e incentivo da Câmara Municipal local, em setembro de 2011, o CADIn abriu um novo Pólo nesta cidade. Este dirige-se a crianças, jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento ou problemas comportamentais e dispõe de uma equipa formada por seis profissionais de diversas áreas, nomeadamente Psiquiatria, Educação Especial, Reabilitação Psicomotora, Psicologia Clínica e Educacional e Terapia da Fala (CADIn, 2012).

#### **4.4. Funcionamento/Orcamento**

O CADIn encontra-se em funcionamento de segunda a sexta feira entre as 8h30 e as 20h30 e ao sábado entre as 9h00 e as 17h00 (CADIn, 2012).

Apesar de o CADIn ser uma IPSS, não beneficia de qualquer apoio prestado pelo estado ou seja, as despesas com o acompanhamento dos utentes estão ao encargo da família. No entanto, este centro tem como missão estar acessível a toda a comunidade e dar resposta a todos aqueles que o procuram, independentemente da situação financeira e social em que se encontrem. Deste modo, foi criada uma bolsa social que consiste num fundo monetário para comparticipação dos custos de acompanhamento dos utentes, pagando estes um valor simbólico, por avaliação e mensalidade e responsabilizando-se o fundo social pelo restante valor. A Bolsa Social destina-se assim, a famílias que comprovadamente não tenham possibilidades para suportar os custos inerentes ao acompanhamento dos seus filhos com perturbações do desenvolvimento e é acionada após um pedido de apoio por parte das famílias, subsequente avaliação da situação da financeira e social da mesma e finalmente tomada de decisão acerca da atribuição da bolsa. A Bolsa Social beneficia do apoio de empresas, da Câmara Municipal de Cascais e ainda de indivíduos particulares (Pinho, 2012).

#### **4.5. Articulação do CADIn com a comunidade e a família**

A relação entre o CADIn e a família das crianças acompanhadas é bastante próxima uma vez que lhes é dada a possibilidade de assistirem à sessão dos seus filhos e de conversar com o técnico acerca da evolução e situação do utente após todas as sessões. Sempre que necessário, são também marcadas reuniões com os pais com o objetivo de discutir a evolução da criança e dar feedback do trabalho desenvolvido, ouvi-los acerca

do comportamento em casa, das expectativas e preocupações em relação aos seus filhos e fornecer estratégias para lidar e trabalhar com a criança.

No que diz respeito ao meio escolar das utentes apoiados, é feita sempre a tentativa de estabelecer uma relação próxima com os agentes educativos, envolvendo-os na avaliação do indivíduo, fornecendo estratégias e sugestões que possam ir de encontro às suas necessidades e potenciar o seu máximo desenvolvimento pessoal e social, através da realização de reuniões trimestrais com os professores nas escolas ou sempre que seja pertinente.

O CADIn estabelece ainda uma relação bastante próxima com a comunidade envolvente, não apenas pelas respostas que oferece aos indivíduos com perturbações do desenvolvimento, independentemente do carácter económico e financeiro das suas famílias, bem como ao acreditar sinceramente na inclusão e inserção destes indivíduos no meio, mas também ao prestar sempre que possível formação e informação à comunidade, mais especificamente aos agentes educativos, profissionais das diversas áreas, famílias e população em geral através da realização de reuniões temáticas, *workshops*, exposições e sensibilização para a inclusão (Pinho, 2012).

#### **4.6. Intervenção psicomotora enquadrada no CADIn**

A Psicomotricidade pode definir-se como uma área transdisciplinar centrada nas relações dinâmicas entre o domínio psíquico e o domínio motor, ou seja entre o funcionamento mental e todos os processos cognitivos que engloba e todas as formas de expressão motora do indivíduo (Fonseca, 2005).

No CADIn e apesar de este estar organizado por núcleos, o que permite que cada profissional se especialize numa determinada área, desenvolve-se um trabalho transdisciplinar de troca de informação entre os diversos técnicos e as diferentes especialidades. O processo inicia-se com uma consulta médica, à qual se segue uma avaliação do desenvolvimento com subsequente elaboração de plano de intervenção e sempre com envolvimento da família (CADIn, 2005).

A intervenção psicomotora é encarada pelo CADIn como um tipo de resposta adequada às necessidades das crianças com perturbações do desenvolvimento. A estas é permitida uma aprendizagem por intermédio da ação e manipulação, ou seja na relação com os objetos e com o outro através de atividades simbólicas, expressivas e por mediatização corporal. Este conjunto de atividades permitem que o indivíduo se organize e organize o seu pensamento, comunicação, aspetos motores e por meio destes organize os aspetos psíquicos (CADIn, 2005).

O jogo e a exploração sensório-motora são meios privilegiados para fornecer ao indivíduo a análise de aspetos preceptivos e simbólicos e, ao mesmo tempo, atingir os objetivos de forma lúdica e motivadora na relação com o meio e com o outro. No CADIn é ainda dada especial importância à avaliação e ao desenvolvimento dos Fatores Psicomotores, que abrem caminho para a aquisição de novas aprendizagens e contribuem para que a criança se organize, organize o seu pensamento e a relação com o outro, nomeadamente ao nível da organização espaço-temporal, do conhecimento do corpo, equilíbrio, lateralidade e praxia fina, desenvolvendo-se ainda atividades que incentivem a relação corporal, a imitação e o simbolismo (CADIn, 2005).

De acordo com o CADIn (2005) é importante englobar na intervenção quer aspetos relacionados com a prática relacional e psicoafectiva, na relação com o outro, na representação simbólica e comunicação não-verbal quer aspetos relacionados com a prática instrumental, através de uma relação mais concreta com os objetos e com o meio.

### III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

#### 1. Calendarização das Atividades e Horários de Estágio

Neste ponto será abordado o cronograma dos procedimentos de estágio no decorrer do presente ano letivo, bem como o horário semanal de atividades de estágio.

##### 1.1. Cronograma de procedimentos de estágio

A tabela que se segue diz respeito ao trabalho desenvolvido na instituição de acolhimento de estágio no decorrer do presente ano letivo, bem como a sua organização em termos temporais. Além das atividades de estágio, são ainda incluídos os aspetos teóricos relacionados com a elaboração do presente relatório.

**Tabela 1** – Cronograma de Estágio de acordo com o trabalho desenvolvido mensalmente

	2012			2013								
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Definição dos locais de Estágio												
Integração na Equipa do CADIn												
Observação de Sessões												
Planeamento e dinamização de atividades em cooperação com a TSEER												
Planeamento e dinamização de sessões												
Participação em reuniões de Equipa												
Participação em reuniões de Núcleo												
Reuniões de coordenação de estágio no CADIn												
Redação do Relatório de Estágio												
Entrega do Relatório de Estágio												

##### 1.2. Horário de estágio

Em relação ao horário de estágio, este foi desenvolvido pela coordenadora do Núcleo das PEADC em colaboração com a coordenadora de estágios da instituição e a estagiária. A elaboração do mesmo teve em consideração o número de horas previstas pelo Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais e a disponibilidade dos técnicos que fazem parte do referido núcleo.



A organização do horário de estágio procurou dar resposta aos seguintes aspetos: acompanhamento maioritário de crianças com PEA sob responsabilidade clínica de uma TSEER, ou seja, da mesma área de intervenção; observação de crianças acompanhadas por clínicos de diversas áreas, nomeadamente Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, de modo a obter uma visão mais eclética da intervenção e a absorver conhecimentos de outras áreas de intervenção; inclusão de momentos de observação/avaliação de casos; participação em reuniões relacionadas com a discussão de assuntos do núcleo de PEADC e em reuniões de equipa com discussões de casos clínicos e apresentação de aspetos relacionados com todas as Perturbações do Desenvolvimento a que o CADIn dá resposta e finalmente momentos de orientação e coordenação com a supervisora local. Assim, o horário de estágio apresentado em seguida, contempla momentos de reunião (de núcleo, coordenação e equipa), avaliação e intervenção, a qual se encontra assinalada através da sigla dos respetivos nomes das crianças acompanhadas. Este distribuiu-se por todos os dias da semana, de modo variável entre as 10 e as 19 horas, como pode ser visível na Tabela 2.

**Tabela 2 – Horário de Estágio**

	Segunda Feira	Terça Feira	Quarta Feira	Quinta Feira	Sexta Feira
09:00-09:30	Avaliações				
09:30-10:00					Intervenção M.I.
10:00-10:30		Intervenção M.A.			
10:30-11:00					
11:00-11:30		Intervenção O.S.			
11:30-12:00					Reunião de Núcleo
12:00-12:30					
12:30-13:00					
13:00-13:30					
13:30-14:00					
14:00-14:30					Reunião de Equipa
14:30-15:00					
15:00-15:30			Intervenção A.C.		
15:30-16:00				Intervenção G.O.	
16:00-16:30	Intervenção A.F.		Reunião Coordenação		
16:30-17:00					
17:00-17:30			Intervenção F.F.		
17:30-18:00					
18:00-18:30			Intervenção G.U.		
18:30-19:00					
19:00-19:30					

## 2. População Apoiada

No decorrer do presente estágio foram acompanhadas oito crianças em contexto de sessão individual. As referidas crianças pertenciam ao género masculino e tinham idades compreendidas entre os quatro e os dez anos, frequentando o Jardim de Infância ou o primeiro ciclo do Ensino Básico.

No que diz respeito ao diagnóstico, a maioria apresentava uma PEA (6 crianças), existindo também uma criança com DID e outra com uma DAE. A maioria dos indivíduos era acompanhado uma vez por semana no CADIn (6), uma das crianças recebia acompanhamento bissemanal por parte da TSEER enquanto outra beneficiava de acompanhamento trissemanal, nomeadamente uma sessão com a TSEER, outra de Terapia da Fala e ainda uma em conjunto entre os dois técnicos referidos.

De salientar que nem todas as crianças foram observadas durante o mesmo período de tempo, o que se deveu a aspetos relacionados com a organização do núcleo de intervenção e ao planeamento de outras atividades (e.g., Estágios em Terapia da Fala).

Em seguida serão apresentadas com maior pormenor todas as crianças acompanhadas.

## 2.1. Crianças acompanhadas

Na tabela que se segue, serão discriminados mais especificamente os principais aspetos relativos às crianças acompanhadas, nomeadamente o diagnóstico e núcleo em que se inserem, idade e áreas que receberam maior enfoque ao nível da intervenção.

**Tabela 3 – Crianças Acompanhadas**

Identificação	Idade	Núcleo	Perturbação	Especialidade	Áreas de Intervenção
O.S.	5	PEADC	PEA	Terapia da Fala	Competências comunicativas e da linguagem
M.I.	10	Dislexia e DAE	DAE	Educação Especial e Reabilitação	Competências Académicas e Métodos de Estudo
G.O.	10	PEADC	PEA	Terapia Ocupacional	Competências Sociais e Regulação do Comportamento
M.A.	4	PEADC	DID	Educação Especial e Reabilitação	Motricidade Fina, Linguagem, Associações e Conceitos básicos (tamanho, igual/diferente, posição espacial)
A.F.	7	PEADC	PEA	Educação Especial e Reabilitação	Competências Sociais; Competências Académicas
G.U.	8	PEADC	PEA	Educação Especial e Reabilitação	Competências Académicas; Comunicação
A.C.	7	PEA e DC	PEA	Educação Especial e Reabilitação	Competências Pré-Académicas; Autonomia, Linguagem; Regulação do Comportamento
F.F.	7	PEADC	PEA	Educação Especial e Reabilitação	Competências Pré-Académicas; Autonomia, Linguagem; Regulação do Comportamento

Em relação ao caso O.S., a estagiária apenas realizou observação das sessões de Terapia da Fala desenvolvidas pela terapeuta responsável pelo caso, a qual foi concluída no dia 25 de fevereiro, uma vez que nessa altura tiveram início os estágios da referida área de intervenção. No que se refere ao caso M.I. a intervenção foi concluída quatro semanas antes do término do estágio, uma vez que os pais optaram por interromper temporariamente o acompanhamento da criança no CADIn. Relativamente às restantes crianças, o tempo de acompanhamento foi o previsto inicialmente, ou seja, iniciou-se no mês de novembro de 2012 e terminou no final do mês de maio de 2013.

### **3. Objetivos e Atividades de Estágio**

No que se refere aos objetivos gerais do estágio, o mesmos consistem em promover as competências profissionais do estagiário, ao nível da avaliação, planificação e intervenção, bem como a sua integração numa equipa multidisciplinar, o estabelecimento de uma relação adequada com outros profissionais e a participação ativa e, sempre que solicitada, nas atividades desenvolvidas pela instituição de acolhimento.

Em relação à intervenção psicomotora e no que diz respeito aos estudos de caso, os objetivos do estágio são: realizar uma avaliação compreensiva das suas capacidades e necessidades, desenvolver planos de intervenção adequados, planificar atividades pertinentes e finalmente verificar se existem alterações positivas ao nível do comportamento e competências da criança, resultantes da intervenção realizada.

Seguidamente será discriminado o tipo de atividades realizadas no âmbito da intervenção psicomotora.

#### **3.1. Intervenção psicomotora**

Ao nível da intervenção propriamente dita, esta foi sempre realizada nas salas da instituição de acolhimento, as quais são relativamente amplas e apresentam muito boa iluminação. O processo de intervenção foi desenvolvido pela estagiária com sete das oito crianças acompanhadas, tendo sempre um carácter reeducativo e terapêutico, uma vez que se destinava a crianças com PEA, DAE e DID.

Após uma fase inicial de observação da intervenção da técnica responsável pelos casos acompanhados, foi proposto que a estagiária avaliasse dois dos casos ao nível das PEA, nomeadamente através da “Bateria de Aptidões para Aprendizagem Escolar” (Cruz, 1996) e da “Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths” (Luiz et al., 2007) e ainda participar, em colaboração com a técnica, na avaliação de um dos Estudos de Caso através da aplicação dos instrumentos de avaliação ADI-R (Rutte, Le Couteur & Lord, 2003) e ADOS - *Autism Diagnostic Observation Schedule* (Lord, Rutter, DiLavore & Risi, 2001). No âmbito das DAE foi realizada uma avaliação recorrendo à “Bateria Psicomotora” (Fonseca, 2010) (os relatórios de avaliação realizados podem ser consultados no Anexo A, que se encontra em formato digital).

Com base nesta informação, na informação recolhida junto dos pais e da técnica responsável foram desenvolvidos planos de intervenção e planeadas sessões para dois dos casos avaliados.

As sessões de intervenção psicomotora foram desenvolvidas tendo em conta a manutenção de um ambiente calmo e desprovido de estimulação visual excessiva e as atividades foram programadas de modo a que a criança pudesse perceber em que momento da sessão se encontrava, isto é no início, meio ou final, através da organização das mesmas de modo visual e em que a criança conseguia perceber aquilo que já tinha feito e as tarefas que ainda tinha para fazer.

As sessões dividiram-se em dois momentos essenciais, nomeadamente “Trabalho” e “Reforço”, sendo que a criança sabia que caso não terminasse todas as tarefas do momento “Trabalho” ou tivesse um comportamento desadequado durante esse período, não poderia realizar o momento “Reforço”. O reforço poderia variar entre um jogo ou um vídeo no computador, um jogo de tabuleiro, uma brincadeira com bolas de sabão, etc., tendo sempre em conta as motivações e os interesses pessoais da criança.

No que se refere às áreas de Intervenção estas estiveram especificamente relacionadas com as necessidades e a idade da criança. A nível cognitivo, foi dada importância aos aspetos do raciocínio lógico, sequenciação, generalização, memória e atenção, a categorização, o sentido de número, bem como conceitos relacionados com a cor, forma, tamanho, quantidade, igualdade e localização espacial. No que se refere ao domínio da motricidade, relativamente à Motricidade Global foi dada especial importância à coordenação óculo-manual e coordenação óculo-pedal e, no que diz respeito à Motricidade Fina, foi trabalhado essencialmente aspetos relacionados com a preensão, controlo e destreza manual. Relativamente ao âmbito pessoal e social, foram trabalhadas estratégias com o objetivo de regular o comportamento da criança no dia-a-dia e na relação com o outro, aumentar a autonomia no trabalho e nas atividades diárias e ainda promover a resolução de problemas e a adequação do comportamento em determinadas situações sociais. Finalmente, no que se refere à linguagem, foi incentivada a expressão oral e a interação verbal, a consciência fonológica, a leitura e interpretação e ainda conceitos relacionados com ações, objetos, cor, forma, tamanho, quantidade, igualdade, localização espacial e animais.

### **3.2. Relação com outros profissionais e família**

No que diz respeito à relação com os outros profissionais do CADIn, esta foi sempre incentivada e mantida nas várias ações que foram decorrendo ao longo do ano letivo. Mais especificamente, no que diz respeito ao núcleo de intervenção, foi possibilitada a participação nas reuniões realizadas semanalmente, o que foi importante para conhecer a sua dinâmica de organização, bem como participar na organização de alguns eventos e discussão de casos clínicos. Em relação às reuniões de núcleo, foi ainda pedido à estagiária que preparasse e desenvolvesse apresentações nas mesmas, nomeadamente ao nível do enquadramento teórico das PEA e da organização de estratégias e recolha da informação acerca de modelos de intervenção destinadas à intervenção nas PEA em idades precoces. Além das apresentações para os elementos do Núcleo das PEADC, foram ainda solicitados trabalhos, tais como traduções relativas a instrumentos de Avaliação (ADOS e Leiter-R) e ainda de jogos e atividades destinados à população intervencionada (os trabalhos desenvolvidos podem ser consultados no Anexo B, que se encontra em formato digital).

Relativamente ao Núcleo da Dislexia e DAE, dada a pertinência do tema tendo em conta o caso acompanhado neste âmbito, foi solicitada a realização de um trabalho de revisão bibliográfica acerca da relação entre o tratamento precoce com Quimioterapia em crianças e a posterior presença de Dificuldades de Aprendizagem Específicas (Anexo B). O referido trabalho foi apresentado para alguns dos elementos da equipa técnica do CADIn, em contexto informal.

Semanalmente foi possível participar nas reuniões de Equipa, dinamizadas pelos próprios profissionais do CADIn ou por elementos exteriores, convidados a estar presentes. Este aspeto foi uma mais-valia, uma vez que foram apresentados temas muito variados, como é apresentado em seguida, na tabela 4.

**Tabela 4 – Temas abordados nas reuniões de equipa**

<b>Data</b>	<b>Tema da reunião de Equipa</b>	<b>Responsável</b>
<b>09 de novembro</b>	Medicação nas Perturbações do Desenvolvimento	Equipa Médica
<b>16 de novembro</b>	Aniversário CADIn	Reunião Geral: Equipa Técnica
<b>30 de novembro</b>	Apresentação de Caso Clínico - Tracotilomania	Núcleo PEADC
<b>7 de dezembro</b>	Apresentação de Caso Clínico	Núcleo Dislexia e DAE
<b>14 de dezembro</b>	Apresentação de Caso Clínico	Núcleo ISP
<b>21 de dezembro</b>	Apresentação de Caso Clínico	Pólo Setúbal
<b>4 de janeiro</b>	Aniversário CADIn	Reunião Geral: Equipa Técnica
<b>25 de janeiro</b>	PIT – Programa Individual de Transição	Núcleo ISP
<b>1 de fevereiro</b>	Contenção Física - Estratégias	Núcleo PEADC
<b>8 de fevereiro</b>	Apresentação de Caso Clínico	Núcleo PHDA
<b>15 de fevereiro</b>	Apresentação de Caso Clínico	Núcleo ISP
<b>8 de março</b>	Apresentação de Caso Clínico	Núcleo ISP
<b>15 de março</b>	Disfonia na Criança	Terapia da Fala
<b>26 de março</b>	Avaliação da Prontidão Escolar	Núcleo Dislexia e DAE
<b>5 de abril</b>	“Autismo – Uma forma de cegueira ao conflito”	Equipa Médica
<b>10 de maio</b>	“Projeto Aventura Social”	Convidado
<b>17 de maio</b>	Protocolo de Avaliação - DID	Núcleo PEADC
<b>31 de maio</b>	Balanço Final dos Estágios Curriculares	Coordenação de Estágio

De referir ainda as reuniões de coordenação realizadas quinzenalmente com a orientadora de estágio do CADIn, nas quais foram apresentados e discutidos casos clínicos, demonstrados trabalhos desenvolvidos pelas várias estagiárias e ainda debatidos assuntos práticos relacionados com o desenvolvimento do estágio. Estas reuniões representaram uma mais-valia para o sucesso e aprendizagem alcançados ao longo do ano letivo.

Ainda no que se refere ao envolvimento da estagiária nas atividades e dinâmicas da instituição, a sua participação foi sempre valorizada e incentivada, nomeadamente ao nível dos *workshops*, seminários e datas comemorativas como por exemplo o aniversário dos dez anos do CADIn.

Relativamente à relação com a família, esta aconteceu em momentos específicos, nomeadamente durante a avaliação das crianças relativas aos Estudos de Caso, onde foi possível recolher informações através da aplicação de entrevistas junto dos pais.

#### 4. Contextos de Intervenção

Em relação ao contexto de intervenção, este restringiu-se exclusivamente às salas das técnicas responsáveis pelos casos acompanhados.

Especificamente em relação às PEA e às DID, as salas são estruturadas de acordo com o método TEACH tentando ao máximo eliminar estímulos que possam vir a ser distráteis ou causar ansiedade na criança.

De um modo geral, a organização das atividades e o espaço de realização das mesmas na sala esteve relacionada com o momento da sessão, bem como com a idade da criança, o seu diagnóstico e os objetivos a trabalhar.

Assim, no que se refere às crianças em idade pré-escolar, as atividades foram realizadas com o apoio do adulto em mesas e cadeiras pequenas e o material foi organizado de duas maneiras distintas, dependendo do técnico responsável. Assim, poderia estar arrumado dentro de caixas de cores, sendo que em cima da mesa de trabalho existia um conjunto de cartões com as cores respetivas e à medida que a criança ia terminando uma atividade, retirava um cartão e pegava na caixa da cor correspondente, onde colava o mesmo e assim sucessivamente até terminarem os cartões coloridos. Além desta estratégia, o material poderia estar arrumado dentro de uma caixa grande que era colocada no chão do lado esquerdo da criança e que ia sendo retirado pelo adulto à medida que a criança ia realizando as tarefas, a qual posteriormente colocava o material numa caixa que estava do seu lado direito. Deste modo a criança conseguia perceber as tarefas que já tinha realizado e as que ainda tinha para concluir.

No caso de crianças mais crescidas o trabalho realizado a pares foi desenvolvido na secretária da técnica, sendo que as atividades se encontravam organizadas numa estante com números a qual estava em cima da mesa, à direita da criança. A criança dispunha dos mesmos números colados com velcro na mesa de trabalho, os quais ia descolando e colando na estante à medida que as tarefas iam sendo realizadas.

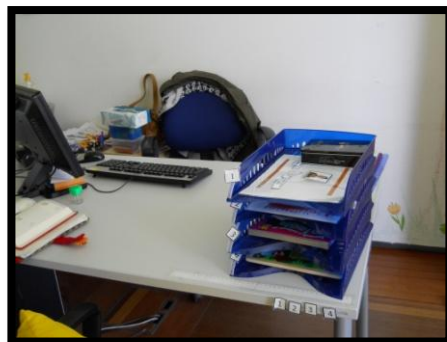
Os momentos da sessão (“Trabalho” ou “Reforço”) eram identificados através de cartões com imagens e a respetiva palavra. Estes cartões encontravam-se colados num *placard* visível e acessível à criança, de modo a que esta retirasse o cartão adequado e o colasse na cadeira, autonomamente.

Além destes espaços, existiam ainda na sala o “Espaço do Computador”, que normalmente era usado como reforço e onde a criança tinha liberdade para escolher a atividade que queria realizar e o “Espaço do Tapete”, onde eram realizadas as atividades que envolviam maior movimento.

Em seguida, serão apresentados alguns dos espaços relativos ao contexto de intervenção, bem como algumas estratégias utilizadas na organização das tarefas e da sessão, tanto para as crianças em idade pré-escolar, como em idade escolar.



**Imagem 1** – Quadro com os momentos da sessão



**Imagem 2** – Área de trabalhar para as crianças em idade escolar. Área do computador.



**Imagem 3** – Organização das atividades para as crianças em idade escolar.



**Imagem 4** – Organização das atividades para as crianças em idade pré-escolar. Área de trabalho para as crianças em idade pré-escolar.

## 5. Planejamento da Intervenção

A participação nas sessões desenvolvidas organizou-se do seguinte modo: inicialmente foi realizada apenas observação da intervenção da TSEER, Terapeuta Ocupacional e Terapeuta da Fala, após algum tempo (aproximadamente um mês) foi possível realizar uma observação participada, na qual foram sugeridas e realizadas pontualmente atividades com cada uma das crianças acompanhadas (exceto ao nível da Terapia da Fala) e finalmente a estagiária desenvolveu e aplicou a totalidade da sessão dessas mesmas crianças, sob supervisão do técnico responsável (cerca de dois meses após o início do estágio).

Ainda durante o primeiro semestre foram definidas, entre a TSEER e a estagiária, as duas crianças que iriam fazer parte do Estudos de Caso sendo alvo de um acompanhamento mais aprofundado por parte da estagiária.

No que se refere à componente avaliativa, foi possível observar várias avaliações levadas a cabo por técnicos tanto do Núcleo das PEADC como do Núcleo e Dislexia e DAE e ainda realizar avaliações autonomamente, sob supervisão.

Em seguida na tabela 5, será apresentado resumo no que se refere à frequência e distribuição no tempo, das atividades de intervenção realizadas pela estagiária.

**Tabela 5** – Planeamento da Intervenção de cada criança, de acordo com a frequência mensal

			Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Avaliações	Observação		1	1	1				1
	Realização				2				1
Intervenção	F.F.	Observação de sessões da TSEER	6						
		Observação Participada		4					
		Planeamento de Sessões			2	3	2	8	8
		Avaliação			1				
	A.C.	Observação de sessões da TSEER	3						
		Observação Participada		4	1				
		Planeamento de Sessões			2	2	1	4	2
		Avaliação			1				
	M.A.	Observação de sessões da TSEER	3						
		Observação de sessões de T.F.	3	2	3	2			
		Observação Participada		2					
		Planeamento de Sessões			3		2	3	4
	G.U.	Observação de sessões da TSEER	3						
		Observação Participada		2					
		Planeamento de Sessões			3	2	3	4	4
	A.F.	Observação de sessões da TSEER	2						
		Observação Participada		2					
		Planeamento de Sessões			3	2	4	4	4
	G.O.	Observação de sessões de T.O.	1	2				2	
		Observação Participada							1
		Planeamento de Sessões			3	3	3		2
	M.I.	Observação de sessões da TSEER			2	1			
		Observação Participada				2	3	1	
		Planeamento de Sessões						3	
	O.S.	Observação de sessões de T.F.	3	4	1	2			



Em seguida será apresentado um quadro resumo que reflete o número total de horas de estágio em regime de observação, observação participada e intervenção, relativas às oito crianças acompanhadas durante o estágio.

**Tabela 6** – Acompanhamento das crianças em termos de horas

Tipo de ação desenvolvida	Número de Horas
Regime de Observação	46
Regime de Observação Participada	21
Regime de Intervenção em Autonomia	93

### 5.1. Avaliação

No que se refere à avaliação e diagnóstico das PEA, existe um conjunto de aspetos críticos que incluem uma escolha rigorosa de baterias de testes que permitam avaliar domínios tais como o desenvolvimento cognitivo, o nível da linguagem verbal e não-verbal e aspetos relacionados com o comportamento que possam interferir na avaliação. De referir ainda, a importância de usar diferentes instrumentos e técnicas de avaliação, os quais devem ser utilizados em períodos distintos e contextos diversificados, recolhendo assim informações de diversas fontes, através de entrevistas, aplicação de testes ou observação direta da criança (Thrum, Soorya & Wagner, 2007).

Uma vez que as PEA se manifestam de forma tão variada e com intensidade e impacto diferente na vida de cada indivíduo, as escalas de avaliação têm sido desenvolvidas e aperfeiçoadas com o objetivo de melhorar o conhecimento que se tem acerca do autismo e perceber especificamente qual ou quais as áreas de desenvolvimento que estão comprometidas (Jorge, 2003).

De acordo com um estudo de revisão da literatura, acerca da utilização de instrumentos de avaliação nas PEA, aqueles que mais frequentemente surgem mencionados são: CARS, ADI-R, ABC (*Autism Behavior Checklist*) e ADOS. Esta preferência pode ser explicada pelo fato de se tratarem de instrumentos validados e pelas suas características que permitem distinguir indivíduos com PEA de indivíduos sem PEA. Além destes instrumentos específicos e de acordo com os artigos analisados, observou-se que os mesmos foram acompanhados de outros instrumentos tais como testes de inteligência e ainda testes destinados a avaliar aspetos particulares do desenvolvimento tais como a linguagem, o comportamento social ou aspetos familiares (Jorge, 2003).

Especificamente, no que diz respeito à dinâmica de funcionamento do Núcleo das PEADC, as crianças são encaminhadas para este pelo Neuropediatra após uma consulta realizada com os pais e a criança no CADIn. Em seguida, é marcada com os pais uma data para proceder à avaliação da criança e realizar o despiste da perturbação.

Assim, são aplicados à criança um leque de testes, nomeadamente a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, ADOS, se necessário a Vineland e ainda testes específicos ao nível da linguagem aplicados pela Terapeuta da Fala. Com o intuito de recolher informação junto dos pais é aplicada a ADI-R. Dada a extensão da avaliação, a mesma decorre em mais do que um dia, de modo a que a criança não fique muito cansada e o seu comportamento possa vir a prejudicar a avaliação. No entanto em casos específicos, como por exemplo se os pais tiverem que se deslocar de uma localidade distante, a avaliação pode ser realizada num só dia.

Em relação ao espaço, a avaliação decorre numa das salas das técnicas com materiais apelativos e ao alcance da criança, de modo a que esta se adapte facilmente ao

ambiente, sendo que os pais estão presentes durante toda a avaliação para permitir que a criança esta se sinta segura e tranquila.

Após a avaliação da criança e a recolha de informação junto dos pais e da educadora através de entrevistas e questionários, é realizada a cotação e análise da informação e elaborado um relatório com os resultados obtidos, bem como com estratégias e recomendações em termos de intervenção futura, o qual é discutido com os pais. Caso a criança venha a realizar intervenção no CADIn, é elaborado um plano de intervenção, onde são delineados objetivos e estratégias de intervenção, mantendo sempre um contacto e uma relação estreita com a família e a escola, local onde o técnico se desloca sempre que necessário. Durante a intervenção e aproximadamente de seis em seis meses (ou sempre que se justifique) é realizada uma reavaliação da criança de modo a monitorizar a sua evolução e delinear novos objetivos de intervenção.

#### **5.1.1. Instrumentos de avaliação utilizados**

Em seguida, será feita uma breve descrição dos instrumentos utilizados no Núcleo das PEADC, especificamente no que diz respeito à definição de diagnóstico. Estes testes são: Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, ADI-R, Vineland e ainda um Questionário aplicado à Educadora.

##### *5.1.1.1. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths.*

Esta escala foi inicialmente desenvolvida por Ruth Griffiths em 1970 e aplica-se a crianças desde o nascimento até aos oito anos de idade, estando dividida por idades (dos zero aos dois e dos dois aos oito anos). A escala engloba as seguintes subescalas: Locomoção, Pessoal-Social, Linguagem, Coordenação Olho-mão, Realização e Raciocínio Prático (a qual não faz parte da avaliação de crianças dos zero aos dois anos). A aplicação da mesma dura entre 60 a 90 minutos e deve ser completada numa única sessão. Os itens são avaliados através de atividades propostas à criança, as quais são apresentados tendo em conta um grau de dificuldade crescente. Esta escala fornece informação acerca do desempenho da criança especificamente para cada subescala, e ainda em termos de desenvolvimento global (Luiz et al., 2007).

##### *5.1.1.2. Autism Diagnostic Observation Schedule.*

O ADOS foi desenvolvido por Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C. DiLavore & Susan Risi e trata-se de uma avaliação semiestruturada e estandardizada, aplicada a indivíduos referenciados com a possibilidade de apresentarem uma PEA. Este instrumento de avaliação é formado por quatro módulos, que englobam aspetos de vários níveis de desenvolvimento e linguagem, apropriados para crianças e adultos que diferem em termos de nível de linguagem, desde não verbais a indivíduos com linguagem fluente. Em cada um deles, é administrado um protocolo de atividades ou situações sociais planeadas, durante aproximadamente 45 minutos. Os comportamentos avaliados relacionam-se com as áreas do comportamento social, linguagem e gestos em situações sociais, jogo e ainda interesses da criança (Gotham et al., 2008).

##### *5.1.1.3. Autism Diagnostic Interview Revised.*

O ADI-R é uma entrevista semiestruturada, desenvolvida por Catherine Lord, Michael Rutter e Ann Le Couteur, aplicada a cuidadores e pais de crianças e adultos com um possível diagnóstico de autismo, com idade mental igual ou superior a 18 meses, até à idade adulta. Este instrumento é constituído por 93 itens, distribuídos pelas três áreas nucleares do autismo, com base no DSM-IV e no ICD-10, nomeadamente: comunicação, comportamento repetitivo ou estereotipado e interação social (Lord, Rutter & Le Couter, 1994).

#### *5.1.1.4. Vineland.*

A Vineland foi desenvolvida inicialmente em 1984 por Sparrow, Balla e Cicchetti e trata-se de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de avaliar o funcionamento adaptativo do indivíduo, ao nível de quatro domínios principais: comunicação (expressiva, recetiva e escrita), autonomia (pessoal, doméstica e comunitária), socialização (interpessoal e lazer) e capacidades motoras (motricidade fina e grossa). Este instrumento fornece valores estandardizados para cada um dos domínios avaliados e os mesmos podem ser combinados de modo a criar um valor geral do Comportamento Adaptativo Composto (Perry, Flanagan, Geier, Freeman, 2009; Scattone, Raggio & May, 2011). A Vineland deve ser aplicada aos pais ou cuidadores do indivíduo em avaliação e cobre uma faixa etária que se estende desde o nascimento até aos dezoito anos de idade. Esta tem como principal desvantagem o facto dos dados recolhidos dependerem da visão pessoal do entrevistado, podendo resultar numa informação imprecisa (Scattone, Raggio & May, 2011).

#### *5.1.1.5. Questionário para a educadora.*

O questionário para a educadora foi desenvolvido em conjunto por vários técnicos do CADIn, englobando um conjunto de questões acerca da criança no contexto escolar. As questões foram desenvolvidas com o intuito de ajudar no despiste de uma PEA e abrangem essencialmente os seguintes domínios: comportamento da criança tanto dentro como fora da sala de aula, relações sociais com os pares e adultos, questões relacionadas com as reações da criança perante alterações de rotinas, linguagem da criança e finalmente aspetos sensoriais.

Este questionário permite assim completar a observação do examinador e o relato dos pais, conduzindo a um conhecimento mais abrangente da criança e do seu comportamento nos diferentes contextos.

Em seguida serão apresentados de modo mais detalhado os aspetos relativos à avaliação e planeamento da intervenção, das duas crianças que corresponderam aos estudos de caso acompanhados no decorrer do estágio.

## **6. Processo de Intervenção – Estudos de Caso**

Em relação às duas crianças que constituíram os estudos de caso, será feita uma exposição mais pormenorizada de todo o processo de acompanhamento. Assim, será apresentado o seu historial clínico, o processo e resultados da avaliação inicial, o plano de intervenção que resultou dessa mesma avaliação, a organização das sessões planeadas, a avaliação qualitativa dos resultados obtidos do processo de intervenção e finalmente serão feitas recomendações do sentido de dar continuidade ao trabalho realizado.

### **6.1. Historial clínico**

Em seguida será apresentado o historial clínico das duas crianças que fazem partes dos estudos de caso, nomeadamente o A.C. e o F.F.. Assim, serão abordados aspetos tais como a história de desenvolvimento e familiar, a história educativa, o comportamento e o relacionamento interpessoal.

As informações que irão ser descritas foram retiradas do processo individual de cada criança e ainda recolhidas junto dos pais, nomeadamente através de respostas a questões da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths e do ADI-R.

#### **A.C.**

O A.C. é uma criança do gênero masculino, com seis anos de idade, tendo lhe sido diagnosticada uma PEA. De acordo com o relatório de avaliação do CADIn, criança nasceu após uma gestação de 39 semanas e o parto teve que ser realizado com o auxílio de fórceps e ventosa, a marcha independente foi adquirida aos quinze meses, sentou-se aos seis meses e disse a primeira palavra com três anos.

O A.C. é filho único, vive com os pais (embora estejam separados, apresentam guarda partilhada e a criança passa metade do mês com a mãe e metade do mês com o pai). Na família do A.C. não são apontadas quaisquer tipo de doenças relevantes.

A criança esteve em casa com os pais até aos sete meses, altura em que ficou aos cuidados de uma ama, onde permaneceu até por volta dos dois anos.

Aos dois anos de idade, o A.C. ingressou no Jardim de Infância, onde permanece até hoje, tendo feito adiamento à entrada para o 1º ano.

Segundo o relatório de avaliação do CADIn, ao nível do comportamento e relacionamento interpessoal são destacadas lacunas muito significativas tanto pelo pai como pela educadora relativamente ao contexto familiar e de Infância, apresentando comportamentos repetitivos e atípicos que comprometem o seu desempenho nas tarefas quotidianas. A criança é ainda referida como opositiva, recusando-se a realizar determinadas tarefas e apresentando dificuldades em manter a atenção em atividades que não sejam do seu agrado, acabando por permanecer concentrado por períodos de tempo muito curtos, prejudicando assim o seu desempenho (Nome omitido, 2010a).

#### **F.F.**

O F.F. é um indivíduo do gênero masculino diagnosticado com uma PEA. A criança nasceu em El Salvador no ano de 2006, tendo atualmente sete anos.

Segundo o relatório de avaliação do CADIn, a gestação decorreu dentro dos padrões de normalidade e a criança nasceu às 39 semanas, de cesariana devido à ausência de dilatação por parte da mãe. Não houve sinais de sofrimento fetal nem quaisquer problemas ao nível do pós-parto. A criança sentou-se sozinha aos nove meses, adquiriu marcha independente aos catorze e as primeiras palavras surgiram por volta cinco meses, contudo até aos dois anos de idade a área da linguagem não demonstrou evolução, não tendo adquirido novas palavras. A família refere que quando era bebé o F.F. tinha um sono muito agitado durante a noite (Nome omitido, 2010b).

A criança viveu em El Salvador, até janeiro de 2010, altura em que tinha cerca de três anos e nove meses e veio viver para Portugal, com a mãe e dois irmãos (de 12 e 14 anos) O pai permaneceu em El Salvador a trabalhar, local onde continuou até abril deste ano, deslocando-se por vezes a Portugal e vice-versa. Atualmente o pai reside em Portugal, com a família.

De um modo global, é vista como uma criança saudável, sem hospitalizações e sem referência igualmente a doenças familiares. Em El Salvador, o F.F. permaneceu em casa com a mãe até aos três anos. Aquando da mudança para Portugal, a criança entrou em maio para o infantário.

Nove meses após estar em Portugal, a mãe procurou acompanhamento para a criança no CADIn onde foi confirmado que o F.F. apresentava um quadro clínico compatível com uma PEA, a qual já havia sido diagnosticada em El Salvador.

Em 2010, e de acordo com o relatório de avaliação do CADIn, o F.F. apresentava lacunas muito significativas ao nível da comunicação e Interação Social notórias em todos os contextos e em relação tanto aos adultos como aos pares. A criança apresentava ainda comportamentos repetitivos e atípicos que comprometiam o seu desempenho nas tarefas quotidianas e ainda momentos de atenção muito curtos, o que dificultava a sua adesão a algumas tarefas e em prolongar interações sociais, acabando por alternar entre

momentos de maior receptividade e outros e “alheamento” e desinteresse (Nome omitido, 2010b).

Em 2011, o F.F. realizou uma reavaliação do desenvolvimento no CADIn, através da aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, cujos resultados indicaram um nível de desenvolvimento médio ligeiramente abaixo do esperado para o intervalo considerado para a sua idade cronológica. Ao nível do perfil de desenvolvimento, as áreas da Locomoção, Pessoal-Social e da Realização destacaram-se como maiores competências obtendo um nível de desempenho correspondente ao intervalo esperado para a sua idade cronológica, embora no limite inferior. Na área da Linguagem, o F.F. mostrou conseguir, na maioria das vezes, responder de forma contextualizada às questões, possuindo um discurso muito mais elaborado e conseguindo adaptar a utilização do Português e do Espanhol de forma adequada aos contextos (Nome omitido, 2011).

No referido relatório, o F.F. foi caracterizado como uma criança com uma grande agitação motora, períodos curtos de concentração e interesses muito repetitivos e restritos que interferiam com o seu desempenho, conduzindo à existência de oscilações do comportamento. Em 2011, as principais dificuldades apontadas manifestavam-se ao nível da agitação motora, do comportamento e da concentração (Nome omitido, 2011).

Devido a estes aspetos e ao seu comportamento em geral, os pais, educador e técnicos que o acompanham optaram por propor o adiamento da sua entrada para o primeiro ano do ensino básico no passado ano letivo, continuando a frequentar o Jardim de Infância.

Atualmente, o F.F. é referido pelos pais como uma criança que se relaciona e brinca com os outros, mostrando interesse pelas pessoas apesar de, na maioria das vezes, brincar sozinho. Os pais referem que o F.F. não apresenta amigos preferidos, o que se deve ao facto de ter realizado o adiamento à entrada para o 1º ano, estando atualmente numa turma diferente e na qual a sua integração foi um pouco difícil. A criança é descrita pelos pais como muito criativa, alegre e que consegue manter conversas com os outros, embora por vezes seja um pouco desadequado nas abordagens que realiza. As birras realizadas pela criança diminuíram bastante, sendo possível para os pais sair com a criança e levá-la aos locais adequados à sua idade. Os pais referem ainda, a existência de alguns momentos de alheamento manifestados pela criança, mas muito menos frequentes.

Atualmente o F.F. é acompanhado bissemanalmente no CAIDn por uma TSEER, frequenta terapia da fala e natação.

## **6.2. Instrumentos e condições de avaliação**

A avaliação foi realizada durante o mês de janeiro, após um contacto inicial de dois meses com as crianças e o estabelecimento de uma relação com as mesmas. Ambas as avaliações decorreram na sala da técnica, onde se desenvolvem geralmente as sessões, e as atividades foram apresentadas de forma lúdica e informal de modo a que a rotina da criança não fosse alterada, com o intuito de que esta pudesse sentir maior segurança e que o seu desempenho não ficasse comprometido.

Os dados recolhidos durante a avaliação foram imediatamente registados, de modo a não comprometer os resultados. Posteriormente foi realizada uma análise dos mesmos.

Em relação ao A.C., com o intuito de perceber o nível de desenvolvimento global da criança, bem como quais as suas áreas fortes e com maiores dificuldades foi aplicada a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths e foram recolhidas informações junto da figura paterna, de modo a completar as questões relativas ao domínio Pessoal-Social. A recolha da informação decorreu durante duas sessões de 50 minutos.

No que diz respeito ao F.F. a informação recolhida baseou-se na aplicação de um teste de Bateria de Aptidões para Aprendizagem Escolar, uma vez que a criança irá ingressar no próximo ano letivo no primeiro ano, e o ADOS. Finalmente, de modo a recolher

informação junto da família da criança foi aplicada a ADI-R. A avaliação com a criança decorreu durante duas sessões de 50 minutos cada, já a entrevista à família (pai e mãe) decorreu durante o período de uma hora.

### 6.3. Resultados da avaliação inicial

Em seguida serão apresentados os dados recolhidos durante a avaliação das crianças, bem como junto das suas famílias (os relatórios de avaliação inicial podem ser consultados no Anexo A, que se encontra em formato digital).

#### A.C.

Durante a aplicação do instrumento de avaliação, o A.C. mostrou-se muito irrequieto, agitado e por vezes exibiu um comportamento desafiador. A criança balançou a cadeira, virou-se para trás, mexeu em tudo o que estava à sua volta, inclusive nas coisas que estavam fora da mesa de trabalho e bateu com a mão algumas vezes na mesma. Em tarefas em que foi necessário empilhar cubos, a iniciativa do A.C. foi sempre derrubá-los. Ainda em relação à sua participação, a criança não se recusou nunca a fazer nenhuma tarefa, embora tenha sido necessário despende algum tempo para que este se concentrasse e realizasse a tarefa da melhor forma que conseguia.

No que se refere à comunicação, o A.C. apenas a utilizou quando questionado pelo adulto, não a tendo empregado de modo espontâneo durante a avaliação.

De acordo com a observação da criança durante a aplicação da Escala de Desenvolvimento e Griffiths, foi possível recolher as seguintes informações relacionadas com as áreas de observação:

- Na **Área da Locomoção (A)** é de realçar o facto do A.C. correr de forma adequada e de subir e descer degraus sem dificuldade. A criança apresentou bastante desequilíbrio na tarefa de saltos a pé coxinho e canguru, não dando três saltos a pé coxinho, saltos a canguru por cima dos blocos de espuma ou de dois degraus.

- Na **Área Pessoal e Social (B)** é de salientar que a criança ajuda em pequenas tarefas domésticas, arruma os seus brinquedos e responde a aspetos relacionados com o próprio, nomeadamente nome próprio, apelido e idade. Em relação a aspetos relacionados com a autonomia a criança necessita de alguma ajuda, nomeadamente para abotoar e desabotoar botões, vestir-se, calçar sapatos com fivelas e comer com garfo e faca.

- Na **Área da Audição e Linguagem (C)** a criança nomeou objetos com base em imagens, referiu a função de alguns deles e expressou-se através de frases com mais de seis sílabas. Na descrição da imagem grande, começou por descrevê-la identificando algumas figuras e utilizou três frases descritivas. O A.C. identificou todas as cores. A criança não identificou nenhum oposto das palavras apresentadas, nem respondeu a nenhuma das questões relacionadas com a compreensão.

- No que se refere à **Área de Coordenação Olho-Mão (D)**, este foi o domínio em que a criança demonstrou maior sucesso tendo construído a torre, desenhado a figura humana com algum pormenor e realizado os enfiamentos. Neste aspeto o A.C. demonstrou maior dificuldade em relação às tarefas que envolviam grafismos e maior precisão, nomeadamente no desenho do quadrado, casa e círculo, em copiar letras e coordenar as duas mãos de modo a recortar. A criança revelou alguma descoordenação, tendo no entanto copiado um traço, cruz e escada de modo satisfatório.

- Relativamente à **Área da Realização (E)** o A.C. arrumou os cubos na caixa e colocou a tampa no tempo indicado. No que diz respeito à arrumação dos cubos por cores, a criança não compreendeu aquilo que se pretendia com a atividade mas após demonstração acabou por arrumar os mesmos, não o tendo feito contudo de acordo com o critério estabelecido. A criança construiu o modelo inferior da ponte e passou várias vezes o comboio por baixo da mesma. O A.C. não reproduziu nenhum padrão de cubos

mas em relação ao encaixe de peças realizou todas as tarefas, apesar de à medida que estas se iam complexificando ter demonstrado cada vez mais dificuldades em fazê-lo no tempo indicado.

▪ Finalmente, na **Área do Raciocínio Prático** o A.C. não identificou dinheiro, comprimentos, pesos, conceito de meio, nem revelou ter adquirido noções de: certo e errado, momentos do dia, custo e velocidade, quantos dedos tem em cada mão e de esquerda e direita. A criança conseguiu contar 10 cubos e memorizar sequências de 2 dígitos. O A.C. não comparou tamanhos (maior e menor) mas distinguiu o cubo grande do pequeno.

Em relação à análise quantitativa dos resultados encontrados, esta permite obter os quocientes ao nível das diferentes subescalas, bem com a idade mental e o quociente geral do desenvolvimento. Estes dados serão apresentados em seguida, nas tabelas 7 e 8.

**Tabela 7 – Avaliação A.C.: Resultados obtidos em cada subescala**

Escala	A	B	C	D	E	F
<b>Idade Mental</b>	42	36	38	46,5	33	34
<b>Idade Cronológica</b>	71 Meses					
<b>Subquocientes (IMx100).IC</b>	59,2	50,7	53,5	65,5	46,5	47,9

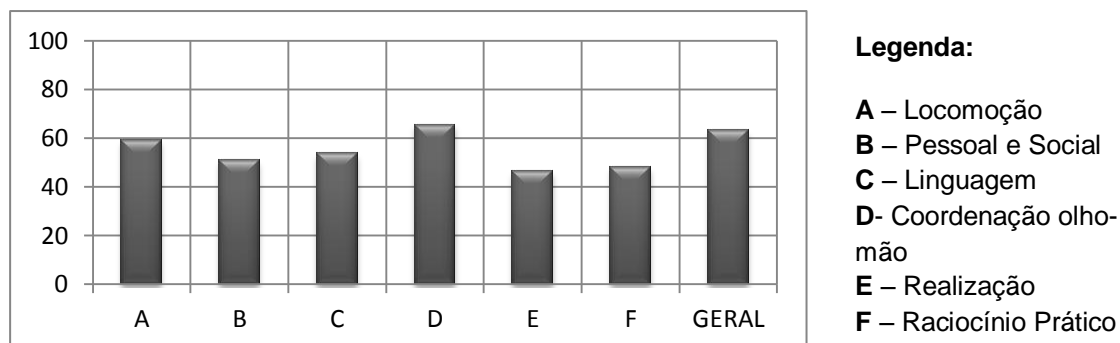
**Tabela 8 – Avaliação A.C.: Resultados Gerais**

Resultados Gerais	Meses
Idade Mental Total	38
Idade Cronológica	71
Quociente Geral	44,7
Subquociente Geral	63

De acordo com os dados recolhidos, o A.C. apresenta um desenvolvimento em todas as áreas que se situa no percentil 1, apresentando uma idade de desenvolvimento bastante inferior à sua idade cronológica (71 meses). O quociente geral de 44,7% revelou um nível de desenvolvimento abaixo do esperado para a sua idade cronológica.

Tendo em conta os dados analisados, as áreas que apresentam um atraso mais significativo em termos de desenvolvimento relativamente à sua idade cronológica, são as seguintes: Realização, Raciocínio Prático, Pessoal-Social e Linguagem. Em termos de desenvolvimento, destacam-se como áreas fortes a Coordenação olho-mão e também a Locomoção, como é visível no Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Perfil de Desenvolvimento de acordo com os subquocientes de cada escala**



Tendo em conta as informações recolhidas acerca do desenvolvimento, comportamento e resultados obtidos pela aplicação da Escala de Desenvolvimento de Griffiths, concluiu-se que o A.C. apresenta um atraso no desenvolvimento significativo em todas as áreas, tendo em conta a sua idade cronológica. As lacuna mais significativas verificaram-se ao nível da Realização e Raciocínio Prático, tendo apresentado como áreas de maior competência a Coordenação olho-mão e a Locomoção.

De referir que a sua prestação nas diferentes tarefas foi um pouco prejudicada pela dificuldade que apresentou em manter a atenção à medida que o tempo da sessão ia decorrendo e em adotar um comportamento adequado durante a execução das tarefas de avaliação, principalmente naquelas que não eram do seu interesse.

Nesse sentido, foi importante para a criança, a realização de um Plano de Intervenção que abrangesse objetivos de todas as áreas avaliadas, com o intuito de potenciar todo o seu desenvolvimento, bem como a implementação de estratégias gerais e específicas nos diferentes domínios de desenvolvimento.

#### **F.F.**

O F.F. é uma criança simpática, empática e que estabeleceu uma relação facilmente com a examinadora. De salientar que durante a aplicação de ambos os instrumentos de avaliação, o F.F. mostrou-se sempre muito cooperante, realizou todas as tarefas durante a sessão de 50 minutos e nunca reclamou ou pediu para parar ou ir embora. A criança apresentou frequentemente receio de falhar, tendo procurado a confirmação e o feedback da examinadora.

Em seguida serão apresentados os dados recolhidos com os diversos instrumentos de avaliação aplicados.

De acordo com os dados recolhidos na **Bateria de Aptidões para Aprendizagem Escolar** as provas que apresentaram resultados na média ou superiores foram: Constância da Forma, Coordenação Visuo-motora, Figura fundo, Orientação Espacial e Posições no Espaço. Em relação às provas a baixo da média, a Verbal encontrava-se três desvios padrão abaixo da Média, na Quantitativa apresentou um pouco mais do que três desvios padrão abaixo da média e na prova de Memória Auditiva obteve uma pontuação dois desvios padrão abaixo da média.

Em relação ao resultado global da prova, o F.F. obteve um valor de 64 pontos, sendo que a média é de 72.02.

Em seguida será especificado mais pormenorizadamente o desempenho da criança em cada uma das áreas avaliadas:

**Verbal:** o F.F. identificou a maioria das imagens verbalizadas, no entanto não discriminou conceitos tais como: par, alimento, enrolado, vegetal e inclinado.



**Quantitativo:** a criança não demonstrou dominar os seguintes conceitos: “o que tem mais/menos”, “tantos como”, “meio”, “menos do que”, “maior” e “médio”.

**Memória:** a criança conseguiu memorizar mais do que 50% das palavras verbalizadas.

**Constância da Forma:** o F.F. identificou todas as imagens.

**Posições no Espaço:** a criança realizou corretamente quatro das sete tarefas propostas, demonstrando alguma dificuldade em discriminar imagens semelhantes, de acordo com a sua orientação no espaço.

**Orientação Espacial:** ao nível da orientação espacial a criança conseguiu reproduzir exatamente duas das oito figuras e três delas de modo semelhante, não usando como referência os pontos da folha. Em relação a duas das imagens, o F.F. não conseguiu efetuar sequer uma aproximação ao desenho da imagem apresentada. Assim a criança demonstrou algumas dificuldades ao nível da orientação espacial.

**Coordenação Olho-mão:** a criança executou os grafismos com algum rigor, tendo ultrapassado os limites em 50% da tarefa, quando o fez, apenas tocou linha delimitativa.

**Figura Fundo:** o F.F. revelou uma boa capacidade de discriminação visual, identificando todas as imagens indicadas, mesmo que algumas delas tenha sido de modo parcial.

A avaliação realizada através do **ADOS** teve em conta o Módulo 2, relativo à expressão verbal com frases, através das seguintes atividades: Tarefa de construção, Resposta ao nome, Jogo de faz-de-conta, Jogo de interação conjunta, Conversa, Resposta à atenção conjunta, Tarefa de demonstração, Descrição de uma imagem, Contar a história de um livro, Jogo livre, Festa de aniversário, Lanche, Antecipação de uma rotina com objetos e Jogo com bolas de sabão.

A aplicação das tarefas foi realizada em colaboração entre a técnica e a estagiária. Após analisadas as respostas da criança encontraram-se as seguintes conclusões nos diferentes domínios:

**Linguagem e Comunicação** - a criança apontou corretamente, coordenando o olhar com o dedo indicador, para se referir a objetos distantes com o intuito de demonstrar interesse. O F.F. usou espontaneamente vários gestos comunicativos de domínio descritivo, informais ou instrumentais (e.g., acenar ou abanar a cabeça, pedir).

**Interação Social Recíproca** - no que se refere ao contacto visual, este foi pouco usado pela criança para regular a interação social e quando estabelecido, foi pouco prolongado. Em relação às expressões faciais dirigidas aos outros, o F.F. dirigiu uma grande variedade de expressões faciais adequadas, com o intuito de comunicar com o examinador. A criança partilhou prazer durante a interação de modo claro e apropriado em relação a várias atividades e mostrou objetos ou outro mas apenas de forma esporádica. No que se refere ao início espontâneo de atenção conjunta, o F.F. referenciou parcialmente o objeto que estava fora do seu alcance olhando para este, mas não coordenando o seu olhar com o de outra pessoa. A criança usou meios verbais e não verbais para estabelecer abordagens sociais claras e adequadas com o adulto, apresentando respostas sociais apropriadas e variadas de acordo com as situações sociais e tarefas desenvolvidas. De um modo global, a interação entre a criança e o examinador ao longo de toda a sessão foi confortável e apropriada.

**Comportamentos Repetitivos e Padrões Estereotipados** - a criança raramente utilizou palavras ou frases estereotipadas ou idiossincráticas. No que se refere a interesses sensoriais invulgaes em relação ao material de jogo ou a pessoas, estes foram demonstrados ocasionalmente pela criança. Estes interesses foram visíveis em relação à exploração de brinquedos, em que selecionou e usou repetidamente aqueles que faziam som (e.g., jogo da rua sésamo) e ainda em relação à tarefa que envolvia o jogo com o balão, no qual o F.F. tapou os ouvidos, perante o som produzido. A criança não realizou nenhum tipo de maneirismos com as mãos, dedos ou outro tipo de maneirismos complexos. Finalmente no que se refere aos interesses repetitivos, invulgaes ou comportamentos estereotipados, o F.F. demonstrou por vezes comportamentos

persistentes em relação ao uso dos brinquedos e um interesse em particular pelos carrinhos, não impedindo, no entanto, que este completasse todas as atividades do ADOS.

A entrevista realizada aos pais do F.F. através do **ADI-R** foi realizada em colaboração entre a técnica e a estagiária. Após analisadas as respostas dos pais, encontraram-se as seguintes conclusões, nos diferentes domínios:

**Comunicação** - de acordo com os dados recolhidos, ao nível da compreensão verbal a criança percebe tudo aquilo que lhe é pedido e se não realiza as tarefas é porque não o quer fazer ou está distraído, entendendo tudo aquilo que é esperado tendo em conta a sua idade. A criança utiliza as partes do corpo para realizar tarefas tais como pedir ou apontar para expressar o seu interesse e abanar a cabeça para afirmar ou negar algo. O F.F. não apresenta ecolália diferida, contudo os pais referem que por vezes faz perguntas de modo repetitivo e para as quais já tem resposta. Em relação ao diálogo, a criança estabelece-se com a família, responde adequadamente às questões colocadas e mantendo uma conversação recíproca. Os pais referem que o F.F. coloca questões ou faz afirmações desadequadas por vezes, como por exemplo “Porque é que aquele menino é gordo?” ou “Porque é que aquele senhor é preto?”, contudo utiliza corretamente os pronomes e não apresenta nenhum tipo de linguagem idiossincrática. Em relação ao jogo imaginativo, o F.F. apenas o apresenta em relação aos carros, que são o brinquedo pelo qual demonstra maior interesse e não o estabelece em relação aos colegas.

**Interação Social** - relativamente às informações recolhidas neste domínio, a criança estabelece contacto visual ocasionalmente com os outros, apresenta um sorriso social e mostra e dirige a sua atenção. O F.F. não toma a iniciativa para oferecer e partilhar mas após ser incentivado nesse sentido acaba por fazê-lo, embora apenas partilhe “um bocadinho”. A criança partilha prazer com os outros, por exemplo quando vê algo de que gosta na televisão, apontando, verbalizando ou mesmo chegando a direcionar fisicamente o outro para o objeto do seu interesse. Os pais referem que o F.F. tem noção das alterações de comportamento do outro e oferece conforto a estes, comunica através de uma gama variada de expressões faciais, embora por vezes apresente expressões que denotam o seu alheamento.

Ao nível do comportamento social, o F.F. é uma criança que brinca mais sozinho do que com o outro mas demonstra interesse nas outras crianças, colocando questões a estes, mostrando coisas, brincando ou falando com os amigos e responde adequadamente à abordagem das outras crianças com as quais interage. Em relação aos amigos, os pais apontam que no ano passado a criança tinha amigos preferidos, contudo este ano com a mudança de turma teve uma integração difícil, referindo que alguns dos amigos não lhe querem emprestar brinquedos nem jogam com ele. Em relação ao jogo, mantém jogos de grupo com os colegas e participa em jogos sociais imitativos (e.g., escondidas), apesar de por vezes se tornar insistente durante os mesmos.

Os pais referem ainda que por vezes apresenta respostas sociais inapropriadas como falar muito ou fazer muitas perguntas, tornando-se repetitivo e um pouco chato, mas que apesar de terem sempre alguma precaução quando saem com a criança, de um modo geral as saídas de casa correm bem.

**Comportamentos repetitivos e padrões estereotipados** - neste domínio, os pais do F.F. referem que a criança não apresenta: preocupações invulgares; uso repetitivo de objetos ou interesses por partes de objetos; dificuldade com pequenas alterações na rotina ou no ambiente; ligações invulgares a objetos; respostas anómalas negativas a estímulos sensoriais; medos invulgares; maneirismos das mãos e dedos ou maneirismos complexos e compulsões ou rituais específicos. Em relação aos interesses da criança, este demonstra uma preferência especial por carros e meios de transporte em geral mas não de um modo obsessivo. No que se refere aos aspetos sensoriais, o F.F. apresenta sensibilidade a sons fortes (e.g., cão ou obras na rua), tapando os ouvidos perante estes.

Atualmente a criança não apresenta nenhum interesse sensorial específico ao nível visual, nem ao nível do tato, mas gosta de experimentar texturas suaves. Em relação ao cheiro, anteriormente demonstrava um interesse intenso em cheirar coisas do envolvimento, no entanto atualmente apenas o faz ocasionalmente e finalmente em relação ao paladar não são apontadas preocupações específicas.

As conclusões obtidas após reunidas todas as informações relativas ao desenvolvimento e comportamento do F.F., através dos instrumentos de avaliação e observação clínica, serão apresentadas em seguida.

Os dados obtidos através da “Bateria de Aptidões para Aprendizagem Escolar” apresentam um perfil de desenvolvimento bastante heterogêneo, com lacunas principalmente nas áreas Verbal, Quantitativa e de Memória Auditiva. No que se refere às áreas fortes, são apontados os seguintes domínios: Coordenação Visuo-motora, Discriminação Figura Fundo e Constância da Forma.

Os dados recolhidos no ADI-R e no ADOS revelaram que ao nível da comunicação a criança consegue estabelecer uma conversação recíproca, utilizando gestos para se expressar e um bom nível de compreensão (sem ecolália). As principais lacunas apontadas referem-se ao modo repetitivo como por vezes coloca questões, a falta de adequação nos comentários que por vezes faz e a coordenação entre a linguagem e o olhar, na qual apresenta dificuldade. No que se refere à interação social, a criança interage com o outro e partilha prazer com este. A este nível e apesar do interesse que manifesta pelo outro, a criança acaba por brincar na maioria das vezes sozinho, não tendo muitos amigos, ou apresentando por vezes comportamentos desajustados durante as interações. Finalmente no que se refere ao comportamento, não são referidos aspetos preocupantes por partes da família, apenas no que se refere a interesses mais intensos demonstrados pela criança em relação a objetos específicos (e.g., carros), por partes específicas de objetos e comportamentos de evitamento em relação a sons fortes.

#### **6.4. Planeamento da intervenção**

Com o intuito de dar continuidade à Intervenção realizada pela técnica e tendo em conta os dados recolhidos na avaliação das duas crianças, foram elaborados planos de intervenção nos quais foram definidos objetivos. Os Planos de Intervenção de ambos os estudos de caso serão apresentados em seguida, estando organizados de acordo com os seguintes domínios de desenvolvimento: Motricidade Global e Fina, Cognição, Linguagem e Pessoal-Social (os Planos de Intervenção podem ser igualmente consultados no Anexo D, que se encontra em suporte digital).

### PLANO DE INTERVENÇÃO

**Identificação:** A.C.

**Idade:** 6 Anos (71 meses)



**Data de Elaboração:** 2 de janeiro de 2013

#### Domínio da Linguagem e Competência Pré-Acadêmicas

##### Objetivos de Intervenção

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Desenvolver a Memória Auditiva</b>  <b>Expandir a Linguagem Expressiva e Compreensiva</b>  <b>Melhorar a Consciência Fonológica</b>	Aumentar o conjunto de palavras reconhecidas pela criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicar espontaneamente com frases.</li> </ul>
	Aumentar o número de palavras ou tarefas que consegue reter na memória, após as ter ouvido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumprir ordens de duas instruções.</li> </ul>
	Promover o conhecimento de convenções gráficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar letras maiúsculas;</li> <li>Identificar e escrever o seu nome.</li> </ul>
	Identificar rimas	<ul style="list-style-type: none"> <li>De entre as palavras apresentadas, corresponder aquelas que rimam.</li> </ul>

**Domínio Cognitivo e Competências Pré-Acadêmicas**

**Objetivos de Intervenção**

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Desenvolver Conceitos Básicos</b>  <b>Promover a Percepção Visual</b>  <b>Desenvolver conceitos Matemáticos</b>	Dominar conceitos relacionados com tamanho	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar o maior e o menor de dois objetos.</li> </ul>
	Dominar conceitos relacionados com comprimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar a linha mais curta e a mais comprida.</li> </ul>
	Desenvolver a noção de opostos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corresponder pelo menos quatro palavras opostas.</li> <li>Identificar verbalmente pelo menos quatro palavras opostas.</li> </ul>
	Comparar posições espaciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar o objeto que está no meio.</li> </ul>
	Dominar aspetos relacionados com a noção de número e quantidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar contagens de mais 10 ou mais objetos;</li> <li>Identificar os números até 10;</li> <li>Associar números à quantidade, até 10;</li> </ul>
	Identificar aspetos comuns entre elementos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agrupar objetos por categorias;</li> <li>Identificar o objeto que não pertence a determinada categoria.</li> </ul>

**Domínio Motor**

**Objetivos de Intervenção**

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Desenvolver a Motricidade Fina</b>	Aperfeiçoar o grafismo, nomeadamente o desenho de figuras, números e letras  Melhorar a pinça fina e a pega	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenhar um quadrado, retângulo e triângulo;</li> <li>• Desenhar as letras do alfabeto com letra de imprensa;</li> <li>• Desenhar números até 10;</li> <li>• Realizar a pega em pinça do lápis, utilizando o indicador e o polegar.</li> </ul>
	Melhorar a manipulação da tesoura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejar a tesoura coordenando as duas mãos;</li> <li>• Recortar formas simples, nomeadamente o círculo e o quadrado.</li> </ul>

**Domínio Pessoal-Social**

**Objetivos de Intervenção**

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Promover a Autonomia</b>  <b>Desenvolver aspetos sociais</b>	Aumentar a autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir o casaco sozinho;</li> <li>• Realizar pequenos recados sozinho (e.g., ir buscar objetos que estão arrumados em algum sítio);</li> <li>• Identificar a esquerda e a direita no próprio;</li> <li>• Identificar quantos anos tem.</li> </ul>
	Compreender expressões faciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e reproduzir expressões faciais, observadas em imagens ou verbalizadas pelo adulto.</li> </ul>
	Aumentar o período de trabalho contínuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o período de tempo de concentração na tarefa, envolvido na mesma, concluindo todas as atividades sugeridas para a sessão.</li> </ul>
	Promover comportamentos mais adequados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar o seu descontentamento ou cansaço através de gestos ou palavras adequadas;</li> <li>• Diminuir os comportamentos de desafio.</li> </ul>

## PLANO DE INTERVENÇÃO

**Identificação:** F.F.

**Idade:** 6 anos (80 meses)



**Data de Avaliação:** 30 de janeiro de 2013

### Domínio da Linguagem e Competência Pré-Acadêmicas – Objetivos de Intervenção

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Desenvolver a Memória Auditiva</b>  <b>Melhorar a Consciência Fonológica</b>  <b>Expandir o Reconhecimento e Produção Palavras</b>  <b>Expandir a Linguagem Expressiva e Compreensiva</b>	Aumentar o número de palavras ou tarefas que consegue reter na memória, após as ter ouvido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar tarefas com mais de duas instruções, que lhe foram indicadas previamente.</li> </ul>
	Identificar e manipular grafemas e fonemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corresponder palavras que rimam;</li> <li>Identificar por quantas sílabas é constituída uma palavra, em palavras formadas por quatro ou menos sílabas;</li> <li>Construir sílabas por agregação de sons (e.g. m+a=ma);</li> <li>Construir palavras, através da agregação de sílabas diretas;</li> <li>Identificar palavras que começam com o mesmo fonema.</li> </ul>
	Incentivar o reconhecimento e escrita de palavras	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar todas as letras do abecedário;</li> <li>Produzir escrita silábica direta;</li> <li>Ler palavras formadas por sílabas diretas.</li> </ul>
	Promover o conhecimento de convenções gráficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pegar e manipular corretamente num livro;</li> <li>Identificar acontecimentos numa narrativa, a partir de ilustrações.</li> </ul>



**Domínio Cognitivo e Competências Pré-Acadêmicas - Objetivos de Intervenção**

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Desenvolver Conceitos Básicos</b>  <b>Desenvolver conceitos Matemáticos</b>  <b>Promover a Percepção Visual</b>  <b>Estimular a organização no tempo e no espaço</b>	Melhorar a capacidade de perceber detalhes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproduzir padrões apresentados inicialmente;</li> <li>• Reconhecer e identificar padrões simples;</li> <li>• Identificar objetos familiares ocultos em imagens.</li> </ul>
	Dominar aspectos relacionados com a noção de número e operações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar contagens até 20 objetos;</li> <li>• Enumerar e utilizar corretamente o nome dos números até 20;</li> <li>• Associar a adição à combinação de dois grupos de objetos.</li> </ul>
	Identificar as características comuns dos objetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agrupar objetos de acordo com características previamente estabelecidas: cor, forma e utilidade.</li> </ul>
	Utilizar corretamente conceitos relacionados com noções de quantidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o conjunto que tem “mais” e “menos” elementos;</li> <li>• Identificar o conjunto que tem “tantos como” outro conjunto apresentado.</li> </ul>
	Utilizar corretamente conceitos relacionados com noções de tempo e espaço Melhorar a sequenciação Temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever posições relativas de objetos utilizando termos tais como: acima de, abaixo de, ao lado de, à frente de e atrás de;</li> <li>• Identificar os dias da semana;</li> <li>• Ordenar temporalmente acontecimentos familiares.</li> </ul>

**Domínio Motor - Objetivos de Intervenção**

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Desenvolver a Motricidade Fina</b>  <b>Estimular a Motricidade Global</b>	Desenvolvimento do grafismo  Desenhar a Figura Humana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenhar todas as letras maiúsculas e palavras;</li> <li>Desenhar números até 20;</li> <li>Desenhar a figura humana com pelo menos 11 elementos (cabeça, tronco, braços, pernas, pés, mãos, dedos, olhos, nariz, cabelo e boca).</li> </ul>
	Desenvolvimento da preensão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segurar o objeto de escrita sempre em tripé.</li> </ul>
	Melhorar a Coordenação Óculo-pedal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chutar a bola diretamente para um alvo;</li> <li>Acertar no alvo após chutar a bola em 75% das tentativas.</li> </ul>
	Melhorar a Coordenação Óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejar a tesoura – aperfeiçoar o corte de papel (linha reta e/ou curvilínea);</li> <li>Lançar a bola a um alvo com uma mão;</li> <li>Acertar no alvo após lançar a bola com a mão em 75% das tentativas.</li> </ul>

**Domínio Pessoal-Social - Objetivos de Intervenção**

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Objetivo Operacional
<b>Promover respostas sociais adequadas ao contexto</b>	Incentivar o contacto ocular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar o contacto ocular espontâneo, estabelecendo-o sempre que se dirige ao adulto.</li> </ul>
	Aumentar o período de trabalho contínuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar todas as tarefas programadas para a sessão.</li> </ul>
	Compreender sentimentos e expressões faciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpretar situações quotidianas e associar sentimentos e expressões às mesmas, nomeadamente: zangado, triste, contente e assutado.</li> </ul>
	Diminuir a dependência em relação à figura materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar toda a sessão sem que a mãe esteja presente na sala;</li> <li>Não realizar comportamentos de birra sempre que tem que se afastar da mãe.</li> </ul>
	Realizar pedidos e expressar necessidades de modo adequado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir adequadamente comida, bebida ou para ir à casa de banho.</li> </ul>
	Aumentar o repertório de interesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenhar outros elementos além de meios de transporte.</li> </ul>

### 6.5. Intervenção

Em ambos os casos, a intervenção começou por ter uma componente de observação e registo das sessões da técnica responsável. Após esta observação e durante o período de um mês foram planeadas e colocadas em prática atividades pontuais em todas as sessões, com ambas as crianças. Aproximadamente no início do mês de janeiro, foi dada autonomia à estagiária para que planeasse as atividades e desenvolvesse a totalidade da sessão com a criança, sempre sob supervisão da técnica responsável.

Em relação à dinâmica da sessão, no início da mesma as crianças retiravam o cartão correspondente ao “Trabalhar” do *placard* que se encontrava na entrada da sala e colavam-no na parte posterior da sua cadeira. As atividades eram colocadas dentro de uma caixa que se encontrava à esquerda da criança e à medida que as mesmas eram realizadas, iam sendo depositadas na caixa que se encontrava à sua direita, até a caixa à esquerda ficar vazia. Quando o momento de trabalho estava concluído, a criança arrumava o cartão novamente no *placard* e retirava o cartão relativo ao “Reforço”. Este momento apenas existia caso a criança tivesse completado todas as tarefas no momento de trabalho e tivesse apresentado um comportamento adequado. O reforço geralmente consistia num momento no computador, no qual a criança tinha autonomia para fazer aquilo que mais gostava, com a supervisão do adulto.

Em relação à criança F.F. e uma vez que durante o ano esta demonstrou um comportamento cada vez mais adequado e devido também ao seu crescimento físico, o trabalho passou a ser desenvolvido na secretária da técnica, sendo que o processo trabalho-reforço se manteve, contudo as atividades passaram a estar arrumadas numa estante e a serem numeradas pela criança à medida que ia realizando as mesmas.

No trabalho com as crianças foram utilizadas diversas estratégias com o intuito de fornecer um ambiente agradável e previsível e deste modo promover o seu máximo desenvolvimento em todas as áreas. As estratégias recolhidas são o reflexo de um trabalho de revisão bibliográfica de diversos autores, nomeadamente Corsello (2005), Bosa (2006), Lampreia (2007), DGIDC (2008), DCSF (2009) & Mulas (2010) bem como da observação dos profissionais do CADIn e da experiência obtida com o desempenhar da prática profissional. As estratégias são apresentadas em seguida, na tabela 9.

**Tabela 9 – Estratégias de Intervenção**

Domínio	Estratégias
<b>Linguagem e Competência Pré-Académicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Usar uma linguagem o mais objetiva possível (sem segundos sentidos que possam confundir a criança);</li><li>- Fornecer poucas instruções de cada vez e pedir a repetição das mesmas para perceber se a criança compreendeu aquilo que lhe é pedido e com o tempo ir aumentando o número de instruções seguidas;</li><li>- Incentivar sempre o uso da linguagem para expressar sensações ou descrever situações;</li><li>- Incentivar a criança a diminuir as perguntas e aumentar os comentários e a descrição das atividades e emoções;</li><li>- Facilitar a iniciativa da comunicação, por exemplo através da leitura de histórias, de pequenas questões ou narrativas;</li><li>- Não permitir que a criança discuta ou ponha questões, persistentemente, sobre interesses isolados. Limitar este comportamento especificando um tempo durante a sessão em que possa falar sobre esses assuntos;</li><li>- Promover situações em que a criança necessite de comunicar com o adulto para desempenhar a tarefa.</li></ul>

<b>Cognição e Competência Pré-Académicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar abstrações e <i>Jogos irrealistas</i> para a criança;</li> <li>- Fornecer exemplos práticos e concretos;</li> <li>- Ajudar a criança a alcançar os objetivos por intermédio de objetos, desenhos, fotografias, símbolos, etc.;</li> <li>- Realizar primeiro a tarefa para que a criança imite depois (demonstração);</li> <li>- Dar tempo para realizar a tarefa, sem interromper, uma vez que cada criança tem o seu tempo.</li> </ul>
<b>Motricidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover brincadeiras, que estimulem o desenvolvimento motor global e fino. Por exemplo, incluir brincadeiras com bolas, atividades de imitação de gestos, macaco do chinês, jogo de estátuas, etc. E ainda incentivar a criança a pintar e a recortar desenhos, sob supervisão;</li> <li>- Incentivar a criança a praticar um desporto/jogos;</li> <li>- Incentivar os pais a realizar em casa atividades simples com a criança, tais como: pontilhado, rasgar papel, recortar com tesoura, fazer colagens, modelar plasticina, pintar ou dobrar papel.</li> </ul>
<b>Pessoal-Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar primeiro a tarefa para que a criança imite depois (demonstração) ;</li> <li>- Dar tempo para realizar a tarefa, sem interromper, uma vez que cada criança tem o seu tempo;</li> <li>- Realizar a tarefa simultaneamente à criança para que esta a imite.</li> <li>- Realizar várias atividades com um tempo de duração reduzido;</li> <li>- Associar expressões e gestos às palavras no dia-a-dia e pedir que a criança os descodifique;</li> <li>- Realizar jogos de regras, para que a criança aprenda a respeitar e interiorizar as mesmas;</li> <li>- Criar situações que promovam o contacto ocular;</li> <li>- Estimular a criança a participar em atividades práticas que o possam ajudar a planear, organizar e lhe deem sentido de responsabilidade (e.g., arrumar a mochila, etc.).</li> </ul>
<b>Comportamento: Estratégias para diminuir as Birras</b>	<p><b>1) Ignorar a birra</b> É importante ensinar a criança que a birra não é uma maneira de captar a atenção do adulto, nem de conseguir que lhe façam as vontades. Nesse sentido, o adulto pode afastar-se da criança ou desviar o olhar durante o período de tempo da birra.</p> <p><b>2) Tentar manter-se firme</b> Apesar da força dos gritos ou do choro, é importante controlar a situação. A criança está a aprender a ser realista e os pais e educadores terão de ser firmes e mostrar-lhe os limites dos comportamentos aceitáveis ou inaceitáveis.</p> <p><b>3) Não relembrar a birra</b> Recordar a birra apenas dá mais atenção ao comportamento e aumenta as probabilidades da criança a voltar a fazer apenas para chamar a atenção do adulto.</p> <p><b>4) Utilizar consequências naturais sempre que possível</b> (e.g., se uma criança não realizou o trabalho pretendido, não pode ir ao computador).</p>

<b>Gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ter em conta as áreas fortes da criança. Estas áreas ajudam a perceber o estilo de aprendizagem de cada indivíduo;</li><li>- Englobar os interesses específicos. Estes podem ser uma base para variadas aprendizagens, contudo devem ser utilizados de forma a promover outras áreas e não como exclusivo;</li><li>- Ter em conta as motivações pessoais. Importantes para determinar os reforços após a criança realizar corretamente aquilo que lhe é pedido (pode ir desde uma imagem, a um alimento ou brincadeira);</li><li>- Reforçar constantemente a criança. Este reforço pode ser positivo, caso tenha alcançado algum sucesso (e.g., realizar uma tarefa corretamente) ou negativo, caso o comportamento observado seja indesejado (e.g., fazer uma birra);</li><li>- Quando o comportamento foi aprendido a um bom nível, o reforço pode passar a ser intermitente em vez de ser contingente a cada sucesso;</li><li>- Permitir o desvio do olhar em momentos de aprendizagem, uma vez que a criança pode não se sentir bem a fazê-lo. Contudo incentivar, gradualmente o contacto ocular;</li><li>- Estruturar as sessões, manter uma rotina e evitar as mudanças bruscas sem preparação prévia (e.g., mudança de espaço físico);</li><li>- Preparar novas atividades e não introduzir de repente a novidade;</li><li>- Minimizar distrações visuais e auditivas para que a criança se foque nas tarefas e não em detalhes irrelevantes.</li><li>- Criar um ambiente social e físico seguro e previsível para a criança e diminuir o excesso sensorial;</li><li>- Fornecer estratégias aos pais com o intuito de que as habilidades ensinadas sejam generalizadas para os ambientes naturais.</li></ul>
---------------	--

Em ambos os casos, os objetivos definidos no plano de intervenção das crianças não foram trabalhados com igual frequência. Esta organização teve em conta as maiores dificuldades e necessidades apresentadas por ambas as crianças, bem como as prioridades estabelecidas pela estagiária em conjunto com os pais e a TSEER responsável pelo caso.

De referir que em relação ao A.C., no total a criança realizou 11 sessões no período decorrido entre janeiro e maio. A criança faltou a algumas das sessões, nomeadamente a cinco delas, devido a problemas pessoais apontados pela figura paterna (a qual acompanhava sempre a criança ao CADIn).

Já no que diz respeito ao F.F. a criança realizou 23 sessões, no período decorrido entre janeiro e maio, no entanto, devido a algumas deslocações da mãe ao país onde o pai residia e a outros problemas pessoais apontados, a criança faltou a algumas das sessões, nomeadamente a sete das sessões previstas. Em relação ao F.F., o número de sessões desenvolvidas foi superior, o que se deveu ao facto deste ser acompanhado duas vezes por semana no CADIn.

Em seguida será apresentado o quadro resumo, relativo ao número de sessões destinado a cada objetivo presente no Plano de Intervenção da respetiva criança.

#### **A.C.**

No que se refere ao indivíduo A.C., os objetivos trabalhados foram divididos de acordo com o número de sessões apresentado na tabela 10.

**Tabela 10** – Número de sessões e objetivos trabalhados A.C.

Objetivos Operacionais	Número de sessões
Comunicar espontaneamente com frases;	11
Cumprir ordens de duas instruções;	11
Identificar e produzir letras maiúsculas;	4
Identificar e escrever o seu nome;	6
De entre as palavras apresentadas, corresponder aquelas que rimam.	4
Identificar o maior e o menor de dois objetos;	3
Identificar a linha mais curta e a mais comprida;	2
Corresponder pelo menos quatro palavras opostas;	4
Identificar verbalmente pelo menos palavras opostas;	4
Identificar o objeto que está no meio;	3
Realizar contagens de mais 10 ou mais objetos;	7
Identificar os números até 10;	7
Associar números à quantidade, até 10;	7
Agrupar objetos por categorias;	3
Identificar o objeto que não pertence a determinada categoria.	3
Desenhar um quadrado, retângulo e triângulo;	6
Desenhar as letras do alfabeto com letra de imprensa;	4
Desenhar números até 10;	7
Realizar a pega em pinça do lápis, utilizando o indicador e o polegar;	11
Manejar a tesoura coordenando as duas mãos;	5
Recortar formas simples, nomeadamente o círculo e o quadrado.	5
Vestir o casaco sozinho;	11
Realizar pequenos recados sozinho (e.g., ir buscar objetos que estão arrumados em algum sítio);	11
Identificar a esquerda e a direita no próprio;	3
Identificar quantos anos tem;	2
Identificar e reproduzir expressões faciais, observadas em imagens ou verbalizadas pelo adulto;	2
Aumentar o período de tempo de concentração na tarefa, envolvido na mesma, concluindo todas as atividades sugeridas para a sessão;	11
Demonstrar o seu descontentamento ou cansaço através de gestos ou palavras adequadas;	11
Diminuir os comportamentos de desafio.	11

#### F.F.

Relativamente ao indivíduo F.F., os objetivos trabalhados foram organizados de acordo com o seguinte número de sessões apresentado na tabela 11.

**Tabela 11 – Número de Sessões e objetivos trabalhados F.F.**

Objetivos Operacionais	Número de sessões
Realizar tarefas com mais de duas instruções, que lhe foram indicadas previamente;	23
Corresponder palavras que rimam;	3
Identificar por quantas sílabas é constituída uma palavra, em palavras formadas por quatro ou menos sílabas;	4
Construir sílabas por agregação de sons (e.g. m+a=ma);	10
Construir palavras, através da agregação de sílabas diretas;	10
Identificar palavras que começam com o mesmo som;	2
Ler palavras formadas por sílabas diretas;	7
Identificar todas as letras do abecedário;	11
Produzir escrita silábica direta;	10
Pegar e manipular corretamente num livro;	2
Identificar acontecimentos numa narrativa, a partir de ilustrações.	5
Reproduzir padrões apresentados inicialmente;	5
Reconhecer e identificar padrões simples;	5
Identificar objetos familiares ocultos em imagens;	4
Realizar contagens até 20 objetos;	10
Enumerar e utilizar corretamente o nome dos números até 20;	10
Associar a adição à combinação de dois grupos de objetos;	8
Agrupar objetos de acordo com características previamente estabelecidas: cor, forma e utilidade;	1
Identificar o conjunto que tem “mais” e “menos” elementos;	2
Identificar o conjunto que tem “tantos como” outro conjunto apresentado;	2
Descrever posições relativas de objetos utilizando termos tais como: acima de, abaixo de, ao lado de, à frente de e atrás de;	1
Identificar os dias da semana;	3
Ordenar temporalmente acontecimentos familiares.	5
Desenhar todas as letras maiúsculas e palavras;	23
Desenhar números até 20;	10
Desenhar a figura humana com pelo menos 11 elementos (cabeça, tronco, braços, pernas, pés, mãos, dedos, olhos, nariz, cabelo e boca);	3
Segurar o objeto de escrita sempre em tripé;	23
Chutar a bola diretamente para um alvo;	4
Acertar no alvo após chutar a bola em 75% das tentativas;	4
Manejar a tesoura – aperfeiçoar o corte de papel (linha reta e/ou curvilínea);	3
Lançar a bola a um alvo com uma mão;	4
Acertar no alvo após lançar a bola com a mão em 75% das tentativas;	4
Aumentar o contacto ocular espontâneo, estabelecendo-o sempre que se dirige ao adulto;	23
Realizar todas as tarefas programadas para a sessão;	23
Interpretar situações quotidianas e associar sentimentos e expressões às mesmas, nomeadamente: zangado, triste, contente e assutado;	2



Realizar toda a sessão sem que a mãe esteja presente na sala;	23
Não realizar comportamentos de birra sempre que tem que se afastar da mãe;	23
Pedir adequadamente comida, bebida ou para ir à casa de banho;	-
Desenhar outros elementos além de meios de transporte.	-

#### **6.5.1. Exemplo de planeamento e relatório de sessão**

O planeamento semanal das sessões de todas as crianças era enviado para a técnica durante o fim de semana, bem como os materiais necessários para a realização das atividades (no Anexo E, que se encontra em suporte digital, é possível observar alguns exemplos dos materiais elaborados no âmbito do estágio). Na segunda feira era discutido com a TSEER alguns aspetos relativos às atividades programadas, nomeadamente no que diz respeito à sua adequação, grau de exigência, qualidade dos materiais ou outros aspetos relevantes.

Em seguida, será apresentado um exemplo de um planeamento de sessão para cada uma das crianças, bem como o relatório elaborado no final da mesma (em relação às restantes sessões e crianças, os planeamentos e relatórios podem ser consultados no Anexo F, que se encontra em suporte digital).

**PLANEAMENTO DE SESSÕES**

**Data: 20 de fevereiro de 2013**



**Estagiária Lisandra Domingues – Núcleo das PEADC**

**Identificação da Criança – Nome:** A.C.

**Idade:** 7 anos

**Género:** Masculino

Identificação	Nome da Atividade	Domínio	Objetivos	Critério de Êxito	Estratégias	Material	Duração
A.C.	<b>1.Rimas</b>	Linguagem	- Verbalizar as palavras correspondentes às imagens apresentadas; - Discriminar auditivamente palavras que rimam.	O A.C. deve fazer um círculo à volta das imagens que rimam, em cada conjunto de três imagens apresentadas, alcançando êxito em 50% das tarefas apresentadas (6).	- Reforço positivo; - Demonstração; - Feedback; - Verbalização das palavras desconhecidas.	▪ Folha de tarefa; ▪ Lápis e borracha.	10'
	<b>2.Grafismos</b>	Motricidade Fina	- Desenhar linhas retas e circulares, por cima do tracejado; - Melhorar a coordenação óculo manual; - Aperfeiçoar a pega em pinça.	O A.C. deve realizar os grafismos indicados, não ultrapassando o tracejado mais do que 3 mm para o interior ou exterior, realizando a pega do marcador em pinça.	- Reforço; - Demonstração; - Ajuda física.	▪ Folha de tarefa; ▪ Marcador.	10'

Identificação	Nome da Atividade	Domínio	Objetivos	Critério de Êxito	Estratégias	Material	Duração
A.C.	3.Categorias	Cognição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar categorias de elementos semelhantes;</li> <li>- Discriminar elementos que não pertencem a um conjunto apresentado.</li> </ul>	O A.C. deve nomear as imagens apresentadas, identificar a que categoria pertencem as mesmas e fazer um círculo à volta da imagem que não pertence ao conjunto nomeado, em pelo menos duas das quatro tarefas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- Demonstração;</li> <li>- Feedback;</li> <li>- Identificação das palavras desconhecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folha de tarefa;</li> <li>▪ Lápis e borracha.</li> </ul>	15'
	4.Recortar	Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manipular corretamente a tesoura;</li> <li>- Recortar figuras geométricas (círculo, quadrado e retângulo) seguindo os contornos das mesmas;</li> <li>- Melhorar a coordenação bi-manual.</li> </ul>	O A.C. deve recortar as diversas figuras geométricas seguindo os limites das mesmas e ultrapassando apenas 6 mm o contorno definido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- Demonstração;</li> <li>- Feedback;</li> <li>- Ajuda física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folha de tarefa;</li> <li>▪ Tesoura.</li> </ul>	10'
	5. Puzzle (Reforço Final)	Motricidade Fina Cognição Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a coordenação óculo-manual;</li> <li>- Aumentar o vocabulário da criança;</li> <li>- Promover e resolução de problemas.</li> </ul>	O A.C. deve realizar o encaixe das peças do puzzle do <i>Ruca</i> , identificando os objetos com os quais o mesmo está a brincar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajuda física;</li> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- Feedback.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puzzle do Ruca.</li> </ul>	5'

**DATA:** 20 de fevereiro de 2013



**DADOS DA CRIANÇA:**

Nome: A.C.

Idade: 7 anos

Gênero: Masculino

Na tarefa seguinte de identificação de sons semelhantes (rimas), o A.C. precisou de alguma ajuda na identificação das imagens (meia, botão, tubarão, teia e pão), bem como na maioria das tarefas, uma vez que mesmo após estas terem sido nomeadas, lhe ter sido mostrado o que era uma rima, apresentado vários exemplos e ter sido questionado “Então meia rima com...”, a criança apenas identificou a última rima (pão-botão).

Na tarefa de grafismos, o A.C. contornou os mesmos saindo por vezes de cima do tracejado ou interrompendo o desenho do traço, para fazer rabiscos na folha. Assim, a principal dificuldade do A.C. a este nível parece estar mais relacionada com os comportamentos de impulsividade e desafio que manifesta do que com a dificuldade na tarefa. Em seguida, o A.C. escreveu o seu nome passando por cima de pontilhado, o que já faz com bastante sucesso. Contudo continua a apresentar dificuldades na escrita do mesmo sem suporte.

Em seguida, e visto que a criança manifestava bastante interesse por desenhar e rabiscar as folhas, foi-lhe proposto que desenhasse um menino. O A.C. continua a não desenhar corretamente o número de dedos na mão. Assim, optou-se por realizar a contagem dos mesmos, no próprio e no outro e ainda por desenhar o contorno da sua mão efetuando a contagem dos dedos à medida que iam sendo desenhados. A criança identificou sempre “5 dedos”, no entanto após todas estas tentativas quando desenhou a outra mão do menino o A.C. desenhou dez dedos.

Na tarefa de discriminação do elemento que não pertencia ao conjunto, também foi necessária bastante ajuda na identificação da categoria a que os elementos pertenciam (animais, comida, roupa e bebida), uma vez que apesar do A.C. identificar por exemplo que “a água é para beber”, não conseguiu generalizar para as outras imagens, nem discriminar aquela que não servia para beber.

A tarefa seguinte dizia respeito ao recorte de figuras geométricas. Nesta atividade, o A.C. apresentou uma pega da tesoura bastante imatura e quando a mesma foi alterada pelo adulto, a criança manteve-a na mesma posição durante muito pouco tempo. Contudo a criança coordenou corretamente as duas mãos, segurando e movendo a figura com uma e cortando com a outra. O A.C. apresentou bastantes dificuldades no recorte de figuras circulares, não respeitando os limites e ultrapassando-os mais do que 6mm. Apesar de não ter cumprido o critério de êxito estabelecido a criança apresentou maior precisão no recorte das linhas retas comparativamente às linhas circulares.

Finalmente, a última tarefa disse respeito à realização de um puzzle do *Ruca* (de seis peças), o qual a criança realizou sem qualquer dificuldade e com bastante gosto uma vez que se tratava de um objeto do seu interesse, encaixando corretamente todas as peças.

De referir que à medida que as tarefas de domínio cognitivo iam sendo desenvolvidas, o A.C. foi ficando cada vez mais desafiante e apresentando um comportamento desadequado, batendo com a mão na mesa, fazendo barulhos com a mão, atirando coisas para o chão (as quais não se recusou depois a apanhar), virando-se para trás e falando alto. Nesse sentido, foi-lhe dito que se continuasse com esse comportamento não iria realizar o jogo do *Ruca* (reforço final), tendo que ser lembrado dessa consequência várias vezes até que este se alterasse por completo.

**PLANEAMENTO DE SESSÕES**

**Data: 22 de maio de 2013**



**Estagiária Lisandra Domingues – Núcleo das PEADC**

**Identificação da Criança – Nome: F.F.**

**Idade: 7 anos**

**Género: Masculino**

Identificação	Nome da Atividade	Domínio	Objetivos	Critério de Êxito	Estratégias	Material	Duração
F.F.	<b>1.Sílabas</b>	Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar por quantas sílabas é constituída uma palavra;</li> <li>- Realizar a segmentação silábica de palavras;</li> <li>- Promover a consciência fonológica.</li> </ul>	O F.F. deve identificar a palavra, dividi-la em sílabas e identificar por quantas sílabas é a palavra constituída, desenhando uma cruz correspondente a cada sílaba. Deve fazê-lo em relação a todas as palavras apresentadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço;</li> <li>- Feedback;</li> <li>- Pistas verbais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folha de tarefa;</li> <li>▪ Lápis e Borracha.</li> </ul>	10'
	<b>2.Desafios</b>	Cognição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a concentração;</li> <li>- Identificar imagens ocultas;</li> <li>- Estimular a capacidade de abstração;</li> <li>- Promover a discriminação visual;</li> <li>- Desenvolver a organização espacial.</li> </ul>	<p>O F.F. deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Identificar a imagem verbalizada pelo adulto, de entre a imagem com várias figuras sobrepostas;</li> <li>2- Pintar exatamente o mesmo número de bolas correspondente à imagem apresentada e na mesma posição espacial;</li> <li>3- Corresponder as imagens dos dinossauros às respetivas sombras.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feedback;</li> <li>- Pistas verbais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folha de tarefa;</li> <li>▪ Lápis de cor;</li> <li>▪ Lápis e borracha.</li> </ul>	10'

Identificação	Nome da Atividade	Domínio	Objetivos	Critério de Êxito	Estratégias	Material	Duração
F.F.	<b>3.Desenho do Corpo</b>	Motricidade Fina Cognição	- Identificar as partes do corpo; - Desenhar a figura humana.	O F.F. deve desenhar corretamente a figura humana com as seguintes partes do corpo: olhos, nariz, boca, ouvidos, tronco, pernas, pés, mãos e dedos.	- Reforço positivo; - Feedback; - Desenho do contorno da cabeça, de modo a ajudar a criança em relação às dimensões do desenho.	▪ Folha de tarefa; ▪ Lápis e borracha.	10'
	<b>4.Noções de Quantidades</b>	Cognição	- Usar corretamente os conceitos de “mais” ou “igual”, no que se refere a quantidades; - Comparar vários conjuntos de elementos, tendo como critério a quantidade.	O F.F. deve observar os conjuntos com imagens e identificar aquele que tem “mais” ou “igual” número de elementos, tendo em conta o critério apresentado pelo adulto.	- Reforço positivo; - Feedback; - Ajuda Física.	▪ Folha de tarefa; ▪ Lápis e borracha.	10'
	<b>5.Motricidade Global</b>	Motricidade Global	- Melhorar a coordenação óculo manual; - Promover a coordenação óculo-pedal; - Realizar somas simples; - Registrar dados numa tabela.	O F.F. deve chutar a bola, de modo a acertar no alvo. Em seguida, a criança deve jogar a bola com a mão de modo a que esta acerte na caixa colocada em cima da cadeira. De cada vez que acerta no alvo pretendido, deve assinalar com um x no local correspondente e no final somar os pontos obtidos.	- Reforço positivo; - Feedback; - Demonstração; - Ajuda Física.	▪ Quadro; ▪ Caneta de acetato; ▪ Bola; ▪ Cesto.	10'

**DATA:** 22 de maio de 2013

**DADOS DA CRIANÇA:**



Nome: F.F.

Idade: 7 anos

Gênero: Masculino

O F.F. manteve-se bastante calmo, trabalhador e cooperante durante toda a sessão. Na tarefa de divisão silábica, a criança dividiu palavras com uma, duas, três ou quatro sílabas sem dificuldade, tendo identificado por quantas sílabas eram formadas, sendo um conceito já bastante consolidado.

No que se refere à tarefa de discriminação visual o F.F. não só identificou o fruto pedido, tendo-o pintado corretamente, como identificou os restantes (maçã e morango). Também na tarefa de pintura de bolas de acordo com o modelo, a criança não necessitou de qualquer ajuda, tendo pintado corretamente o número de bolas necessário e identificado a sua localização espacial. Na última atividade de discriminação visual a criança necessitou de um pouco de ajuda, não conseguindo corresponder a figura à sua sombra numa fase inicial. Nesse sentido, foi-lhe dito que deveria observar partes do corpo do animal em específico e perceber se os outros também tinham ou não. A criança assim fez e identificou os dinossauros que tinham a cauda para cima e destes aquele que tinha “picos” e o que não tinha, tendo correspondido corretamente estas imagens e em seguida as restantes.

Na tarefa de desenho do corpo, a criança desenhou um menino com as partes do corpo proporcionais, utilizando como referência o desenho da cabeça disponibilizada na folha de tarefa. O F.F. desenhou os olhos, nariz e boca e desenhou ainda o tronco, as mãos e cinco dedos em cada uma, as pernas e os pés. De salientar que a criança não desenhou o pescoço e que desenhou tanto os membros superiores com os inferiores sem dimensões (desenhou apenas traços).

Relativamente à atividade que envolvia conceitos de quantidade, o F.F. identificou aquele que tinha mais elementos, no entanto mostrou-se hesitante em identificar aquele que tinha igual número de elementos, o que se podia dever ao facto de estar já no final da sessão e um pouco mais distraído. Nesta tarefa a criança escreveu várias vezes o número 6 em espelho e mesmo após lhe ter sido pedido que o corrigisse, por vezes acabou por escrever de igual forma.

Finalmente na tarefa de coordenação pedal com bola, o F.F. acertou 4 em 8 tentativas com a bola no cesto e em relação à coordenação manual, acertou 6 das 8 tentativas no cesto. A criança registou corretamente todos os cestos na tabela fornecida (respetivamente na zona “pé” ou “mão”) e no final da tarefa contou e registou o número total de pontos obtido em cada domínio.

## 6.6. Resultados do processo de intervenção

Em relação aos resultados do processo de intervenção, neste ponto será feita uma síntese da evolução da criança, identificando os objetivos alcançados, em aquisição ou não alcançados ao longo das sessões e ainda uma síntese acerca do seu comportamento no geral (os relatórios relativos à avaliação dos objetivos trabalhados encontram-se em formato digital, no Anexo F).

Dado o curto período de tempo entre a avaliação inicial das crianças e o término do estágio, não foi possível tal como seria desejável, aplicar os instrumentos de avaliação aplicados na avaliação inicial. Assim, esta análise tem como base a observação informal da criança e os dados recolhidos durante as sessões.

Em seguida, será apresentada a *checklist* dos objetivos traçados e será feita a análise qualitativa dos mesmos em relação a cada criança, nos diferentes domínios.

### A.C.

Como é visível na tabela 12, os objetivos foram avaliados tendo em conta os seguintes níveis:

**A** – Adquirido: se realizou a totalidade da atividade proposta;

**EA** – Em Aquisição: se realizou com sucesso mais do que 50% da atividade proposta;

**NA** – Não Adquirido: se não realizou a atividade proposta ou se falhou mais do que 50% da mesma.

**Tabela 12** – Tabela de Avaliação - *Checklist* A.C.

Domínio do Desenvolvimento	Objetivo Operacional	Avaliação		
		A	EA	NA
<b>Domínio da Linguagem e Competência Pré-Académicas</b>	Comunicar espontaneamente com frases;	X		
	Cumprir ordens de duas instruções;	X		
	Identificar letras maiúsculas;	X		
	Identificar e escrever o seu nome.	X		
	De entre as palavras apresentadas, unir aquelas que rimam.			X
<b>Domínio Cognitivo e Competência Pré-Académicas</b>	Identificar o maior e o menor de dois objetos;	X		
	Identificar a linha mais curta e a mais comprida;		X	
	Corresponder pelo menos quatro palavras opostas;	X		
	Identificar verbalmente pelo menos quatro palavras opostas;	X		
	Identificar o objeto que está no meio;			X
	Realizar contagens de mais 10 ou mais objetos;	X		
	Identificar os números até 10;	X		
	Associar números à quantidade, até 10;	X		
	Agrupar objetos por categorias;		X	
	Identificar o objeto que não pertence a determinada categoria.			X
<b>Domínio Motor</b>	Desenhar um quadrado, retângulo e triângulo;		X	
	Desenhar as letras do alfabeto com letra de imprensa;		X	



	Desenhar números até 10;		X	
	Realizar a pega em pinça do lápis, utilizando o indicador e o polegar;			X
	Manejar a tesoura coordenando as duas mãos;		X	
	Recortar formas simples, nomeadamente o círculo e o quadrado.		X	
<b>Domínio Pessoal-Social</b>	Vestir o casaco sozinho;	X		
	Realizar pequenos recados sozinho (e.g., ir buscar objetos que estão arrumados em algum sítio);	X		
	Identificar a esquerda e a direita no próprio;	X		
	Identificar quantos anos tem;			X
	Identificar e reproduzir expressões faciais, observadas em imagens ou verbalizadas pelo adulto;			X
	Aumentar o período de tempo de concentração na tarefa, envolvido na mesma, concluindo todas as atividades sugeridas para a sessão;			X
	Demonstrar o seu descontentamento ou cansaço através de gestos ou palavras adequadas;			X
	Diminuir os comportamentos de desafio.			X

De entre os objetivos traçados ao nível da **Linguagem e Competências Pré-Académicas**, o A.C. comunicou espontaneamente através de frases e cumpriu instruções com mais de dois pedidos (e.g., “Quero cola se faz favor”, “Vai ao armário e traz a cola”). A criança identificou todas as letras maiúsculas do alfabeto, nomeando-as, tanto de modo sequencial como aleatório, identificou o seu nome escrito e escreveu o mesmo com letra de imprensa, inicialmente com o auxílio gráfico do pontilhado e através do ordenamento de letras e posteriormente sem qualquer tipo de apoio.

Ainda em relação a este domínio, o A.C. não conseguiu identificar nem corresponder palavras que rimavam, não percebendo aquilo que se pretendia com nenhuma das tarefas realizadas, nem após lhe ter sido explicado e exemplificado o que era uma rima e se ter recorrido a imagens familiares e do interesse da criança.

No que se refere ao domínio **Cognitivo e de Competências Pré-Académicas** o A.C. correspondeu e verbalizou palavras opostas (e.g., triste-contente, aberto-fechado, sujo-limpo, cima-baixo, pequeno-grande). Em relação aos números, a criança realizou contagens de objetos e em imagens, identificou verbalmente os números apresentados e associou números a quantidades até 10.

Relativamente aos conceitos trabalhados, nomeadamente: meio, maior, menor, comprido e curto, estes foram avaliados como “em aquisição”, uma vez que a resposta da criança perante as tarefas quer realizadas em papel, quer com materiais não foram consistentes na resposta atribuída. Isto é, enquanto que em alguns momentos da atividade o A.C. identificava corretamente os conceitos, noutras momentos não conseguia identificar adequadamente, o que se pode dever ao fato da criança se mostrar mais distraída nesses momentos e não à ausência de conhecimento. Nesse sentido, seria importante

que o trabalho em relação a estes conceitos continuasse a ser desenvolvido, com o intuito de que estes sejam consolidados.

Ainda no que diz respeito a este domínio, em relação à categorização, foram trabalhados os seguintes conjuntos de elementos: animais, comida, roupa, bebida e meios de transporte. No que se refere à identificação das categorias, este aspeto foi avaliado como estando “em aquisição”, uma vez que a criança nomeou verbalmente apenas três das categorias trabalhadas utilizando os seguintes termos “comida – para comer”, “bebida – para beber” e “meios de transporte – serve para andar”, embora não tivesse identificado “roupa e animais”. A criança não nomeou nem assinalou de qualquer forma os elementos intrusos em cada conjunto, nem após lhe ter sido questionado diretamente o que não fazia parte (e.g., “o que é que não serve para comer?”).

Relativamente ao Domínio **Motor**, e no que se refere ao desenho das figuras geométricas, o A.C. desenhou as mesmas com ajuda do grafismo (e.g., pontilhado), no entanto no desenho livre a criança apenas conseguiu desenhar com precisão o círculo, sendo que no desenho do quadrado e do triângulo, apesar de se assemelhar à forma pretendida, as linhas desenhadas acabavam por ser um pouco curvas em vez de retas que era o que se pretendia. No que diz respeito ao desenho de letras e números, a criança desenhou algumas delas, contudo apresentou dificuldade no desenho de outras. Assim, no que se refere às letras de imprensa desenhou as seguintes: A, C, D, E, F, N, O, Q, R, T, relativamente aos números o A.C. conseguiu desenhar: 0, 1, 6, 7, 8 e 9.

Em relação à pega do lápis, a criança ainda não consegue realizar uma pega em pinça, autonomamente, realizando na maioria das vezes uma pega palmar (i.e., o instrumento de escrita é seguro principalmente entre a palma das mãos e os dedos) e imprimindo na maioria das vezes muita força no processo de escrita. Quando o lápis foi posicionado corretamente na mão da criança ela apenas o manteve durante um curto período de tempo, voltando sempre à pega inicial.

Finalmente no que se refere ao uso da tesoura, a criança conseguiu coordenar as duas mãos durante o recorte, usando uma para segurar e mover a tesoura e a outra para agarrar o papel, contudo continua a necessitar de ajuda do adulto, especialmente na orientação e movimentação do papel. O A.C. apresentou maiores dificuldades no recorte de formas circulares, as quais ainda não conseguiu recortar seguindo os contornos das mesmas (ultrapassando os mesmos em cerca de 1cm para dentro ou para fora da imagem), contudo recortou com bastante precisão as linhas retas, muito próximo ou em cima dos limites e coordenando com maior facilidade as duas mãos.

Finalmente, no que diz respeito ao domínio **Pessoal-Social**, foi neste âmbito que o A.C. apresentou maiores dificuldades e em que os êxitos alcançados foram menores. Como pontos fortes a este nível, destacam-se a capacidade da criança para vestir o casaco sem auxílio no final da sessão, realizar pequenos recados, ir buscar alguma coisa ao local indicado e trazê-la ao adulto e ainda a identificação da direita e da esquerda no próprio (tanto das mãos como de outros segmentos corporais, como os olhos, as orelhas e os membros).

A criança continua sem verbalizar ou identificar quantos anos tem e no que se refere às expressões faciais o A.C. não identificou emoções com base em imagens nem representadas fisicamente, apresentando ainda muitas dificuldades em imitar expressões observadas em imagens ou no adulto. Em suma, a criança não demonstrou muita expressividade ao nível da face nem reconhecimento de expressões faciais.

Finalmente, e no que se refere ao comportamento em geral e ao período de concentração, este foi o aspeto em que o A.C. apresentou maiores dificuldades, nomeadamente em permanecer concentrado nas tarefas ao longo de toda a sessão, em manter um comportamento adequado e em diminuir os comportamentos de desafio. Apesar das estratégias adotadas com a criança, nomeadamente ao nível de reforço dos comportamentos adequados ou ausência de reforço perante comportamentos

indesejados, do envolvimento dos interesses da criança nas tarefas e da escolha da criança das atividades a realizar, a criança demonstrou retirar muito pouco prazer dos reforços sociais, bem como dos reforços que inicialmente tinha escolhido, nomeadamente jogos, brincadeiras ou comida (rebuçados). Ainda em relação aos reforços, mesmo aqueles que numa sessão tinham sido eficazes e conduzido a um comportamento adequado, na sessão seguinte já não suscitaram qualquer tipo de interesse na criança. Assim, mesmo em situações que o A.C. mostrou interesse pelo reforço e se comprometeu a manter um bom comportamento, isto não se verificou na maioria das vezes, levando a que este não conseguisse obter o reforço perante a tarefa frequentemente.

A criança adotou muitos comportamentos de desafio e provocação nomeadamente: falar alto, atirar com objetos, amarrotar folhas, bater com a mão na mesa, levantar-se da cadeira, o que por vezes levou a que as tarefas fossem interrompidas e a que as aquisições da criança em alguns objetivos ficassem aquém das suas capacidades.

Nesse sentido, e tendo em conta o comportamento demonstrado pela criança durante a maioria das sessões e que se foi intensificando nos dois últimos meses finais, a técnica responsável pelo caso em conjunto com a estagiária, optaram por reunir com os pais e professores da criança, de modo a enquadrar este comportamento e a definir estratégias e meios com o intuito de contornar estas dificuldades. Além disto, a criança foi encaminhada para uma consulta de pedopsiquiatria.

#### F.F.

Como é visível na tabela 13, os objetivos foram avaliados tendo em conta os seguintes níveis:

**A** – Adquirido: se realizou a totalidade da atividade proposta;

**EA** – Em Aquisição: se realizou com sucesso mais do que 50% da atividade proposta;

**NA** – Não Adquirido: se não realizou a atividade proposta ou se falhou mais do que 50% da mesma.

**Tabela 13** – Tabela de Avaliação - *Checklist* F.F.

Domínio do Desenvolvimento	Objetivo Operacional	Avaliação		
		A	EA	NA
<b>Domínio da Linguagem e Competência Pré-Académicas</b>	Realizar tarefas com mais de duas instruções, que lhe foram indicadas previamente;	X		
	Corresponder palavras que rimam;	X		
	Identificar por quantas sílabas é constituída uma palavra, em palavras formadas por quatro ou menos sílabas;	X		
	Construir sílabas por agregação de sons (e.g. m+a=ma);		X	
	Construir palavras, através da agregação de sílabas diretas;		X	
	Identificar palavras que começam com o mesmo som;			X
	Ler palavras formadas por sílabas diretas;		X	
	Identificar todas as letras do abecedário;	X		
	Produzir escrita silábica direta;		X	
	Pegar e manipular corretamente num livro;	X		
	Identificar acontecimentos numa narrativa, a partir de ilustrações.		X	

<b>Domínio Cognitivo e Competência Pré-Acadêmicas</b>	Reproduzir padrões apresentados inicialmente;	X		
	Reconhecer e identificar padrões simples;	X		
	Identificar objetos familiares ocultos em imagens;	X		
	Realizar contagens até 20 objetos;	X		
	Enumerar e utilizar corretamente o nome dos números até 20;	X		
	Associar a adição à combinação de dois grupos de objetos;	X		
	Agrupar objetos de acordo com características previamente estabelecidas: cor, forma e utilidade;	X		
	Identificar o conjunto que tem “mais” e “menos” elementos;	X		
	Identificar o conjunto que tem “tantos como” outro conjunto apresentado;			X
	Descrever posições relativas de objetos utilizando termos tais como: acima de, abaixo de, ao lado de, à frente de e atrás de;	X		
	Identificar os dias da semana;		X	
	Ordenar temporalmente acontecimentos familiares.		X	
<b>Domínio Motor</b>	Desenhar todas as letras maiúsculas e palavras;	X		
	Desenhar números até 20;		X	
	Desenhar a figura humana com pelo menos 11 elementos (cabeça, tronco, braços, pernas, pés, mãos, dedos, olhos, nariz, cabelo e boca).			X
	Segurar o objeto de escrita sempre em tripé;	X		
	Chutar a bola diretamente para um alvo;	X		
	Acertar no alvo após chutar a bola em 75% das tentativas;			X
	Manejar a tesoura – aperfeiçoar o corte de papel (linha reta e/ou curvilínea) não ultrapassando mais do que 5 mm os contornos da figura;	X		
	Lançar a bola a um alvo com uma mão;	X		
	Acertar no alvo após lançar a bola com a mão em 75% das tentativas.			X
<b>Domínio Pessoal-Social</b>	Aumentar o contacto ocular espontâneo, estabelecendo-o sempre que se dirige ao adulto;			X
	Realizar todas as tarefas programadas para a sessão;	X		
	Interpretar situações quotidianas e associar	X		

	sentimentos e expressões às mesmas, nomeadamente: zangado, triste, contente e assutado			
	Realizar toda a sessão sem que a mãe esteja presente na sala;	X		
	Não realizar comportamentos de birra sempre que tem que se afastar da mãe;	X		
	Pedir adequadamente comida, bebida ou para ir à casa de banho;			X
	Desenhar outros elementos além de meios de transporte.			X

No que se refere ao domínio da **Linguagem e Competências Pré-Académicas** o F.F. alcançou bastantes objetivos trabalhados, tendo realizado pedidos com mais de duas instruções, identificado palavras que rimavam de entre um conjunto de imagens apresentadas, realizado segmentação silábica de palavras até quatro sílabas e identificado por quantas sílabas eram formadas as palavras apresentadas. A criança manipulou corretamente os livros introduzidos e com alguma ajuda do adulto (nomeadamente através do questionamento: “O que é que está a acontecer?”, “O que é que o menino fez?”) descreveu acontecimentos com base em imagens, apesar de não ter atribuído um sentido de história ao mesmo (com princípio, meio e fim).

Ainda a este nível, o F.F. identificou todas as letras do abecedário bem como realizou a escrita de palavras formadas por sílabas diretas (e.g., mota, bata, bota, nota, sapo, pato, etc.), apesar de sempre ter como suporte as letras necessárias e de necessitar de ajuda na associação fonema-grafema em alguns casos (consoantes menos comuns: C, V, J, F e R).

Como objetivos em aquisição, é ainda de referir a leitura de palavras formadas por sílabas diretas, as quais a criança conseguiu na maioria dos casos associar à imagem correspondente, embora por vezes o tenha feito com ajuda, na tradução dos grafemas menos comuns em fonemas.

A este nível, a criança apresentou dificuldade em isolar determinados fonemas, não conseguindo corresponder imagens relativas a palavras que se iniciavam pelo mesmo fonema, em relação às consoantes menos trabalhadas. Contudo já o faz em relação a todas as vogais e a determinadas consoantes sem auxílio, nomeadamente: M, T, N, S, P, D e L).

Relativamente ao domínio **Cognitivo e de Competências Pré Académicas**, a criança conseguiu reconhecer, identificar e reproduzir padrões tanto de cores como de formas quer em papel, quer com outros materiais (e.g., legos). No que se refere ao âmbito da matemática, a criança conseguiu realizar autonomamente contagens bem como enumerar e utilizar corretamente números até vinte. Em relação à soma, o F.F. identificou o sinal correspondente e associou este à junção entre dois conjuntos de objetos. Neste âmbito, o F.F. realizou somas simples (até dez unidades em cada parcela), recorrendo ao desenho das respetivas quantidades (através do desenho de traços) e à junção dos mesmos.

A criança conseguiu agrupar objetos, bem como identificar aquilo que não pertencia a determinada categoria, no que se refere a critérios como a forma (formas geométricas), utilidade (e.g., para beber ou comer) e tamanho.

Relativamente aos conceitos relacionados com quantidades, o F.F. identificou de entre os conjuntos de elementos, aquele que tinha “mais” ou “menos” objetos, contudo não associou aqueles que tinham “tanto objetos como” outro conjunto referido, não

dominando ainda este conceito. A criança adquiriu igualmente os conceitos espaciais trabalhados, nomeadamente: “acima de, abaixo de, ao lado de, à frente de e atrás de”.

Relativamente aos dias da semana, apesar da criança reconhecer o nome de todos eles, ainda apresenta dificuldade em nomeá-los de forma sequencial, sendo necessário dizer a sílaba inicial de alguns deles para que a criança complete em seguida. Ainda em relação a este aspeto, o F.F. identificou os dias da semana em que tinha e em que não tinha escola, bem como o dia em que tinha natal, terapia da fala e um dos dias em que vinha ao CADIn (apenas a sexta-feira).

Finalmente, em relação à ordenação de acontecimentos, a criança apenas conseguiu realizar aquelas que eram compostas por um menor número de elementos (4 cartões) ou de situações familiares, como por exemplo rotinas (e.g., pôr a mesa).

No que se refere ao domínio **Motor** o F.F. desenhou todas as letras do abecedário com letra de imprensa e escreveu palavras, segurando o lápis em tripé. No que diz respeito aos números, apesar da criança identificar todos eles, ainda apresenta algumas dificuldades na escrita de alguns, nomeadamente o 1, 4, 5, 6, 7, os quais escreve por vezes em espelho.

Relativamente ao desenho da figura humana, a criança realizou um desenho muito rudimentar, sem incluir o pescoço, apenas desenhando os dedos após indicação do adulto e não realizando os membros com dimensões (apenas desenhou traços). Na face não desenhou pormenores (e.g., sobancelhas ou pestanas) nem orelhas.

Em relação ao recorte, o F.F. realizou a pega da tesoura adequadamente, coordenando as duas mãos para proceder ao recorte, uma para manejar a tesoura e a outra para orientar o papel. A criança recortou tanto imagens curvilíneas como retilíneas, conseguindo fazer o mesmo respeitando os contornos da figura na maioria das vezes, ou ultrapassando muito pouco os mesmos (cerca de 2mm).

Em relação ao trabalho de coordenação desenvolvido com a bola a criança conseguiu chutar/lançar diretamente a mesma a um alvo específico (e.g., caixa, cadeira, pinos.), no entanto, nem sempre obteve sucesso nos lançamentos. Assim, apesar de direcionar a bola ao alvo, não conseguiu atingir o mesmo com sucesso em 75% das tentativas, mostrando contudo maior sucesso na coordenação com mão do que com o pé.

Em relação ao domínio **Pessoal-Social**, a criança alcançou sucesso em bastantes dos objetivos traçados, nomeadamente ao nível da concentração e realização de tarefas, conseguindo atualmente realizar todas as atividades programadas para a sessão, permanecendo todo o tempo sem a presença materna e não realizando birra sempre que tem que se afastar da mesma.

Em relação à interpretação e demonstração de expressões faciais, a criança realiza uma ampla gama de expressões faciais no dia-a-dia (triste, zangado, contente, cansado) e identifica nos outros emoções tais como zangado, triste, contente e assustado. A criança identifica ainda o certo e o errado tendo em conta determinadas situações sociais (e.g., brigas, magoar animais, atirar lixo para o chão).

A este nível a criança continua a apresentar como pontos fracos a manutenção e a procura do contacto ocular, o qual raramente é estabelecido sem que seja solicitado e quando estabelecido, é mantido durante um curto período de tempo, a comunicação espontânea com o adulto, nomeadamente para pedir comida, bebida, para fazer uma tarefa ou ir à casa de banho, não utilizando frases adequadas como por exemplo “dás-me uma bolacha se faz favor?” mas antes “quero uma bolacha” e sendo mesmo um pouco agressivo, por vezes, no modo como se dirige ao adulto. E finalmente ao nível do repertório de interesses que continua um pouco limitado aos meios de transporte. Assim, e apesar deste interesse não limitar de modo significativo a sua participação nem a realização das atividades, quando a criança pode escolher um jogo ou desenhar algo ao seu gosto, opta sempre pelos meios de transporte e ainda quando passa uma avioneta, um carro de polícia, bombeiros ou outro que imita som, a criança levanta-se sempre da cadeira e corre para a janela.

De um modo geral, o F.F. é uma criança bastante empática e que se relacionou com facilidade com os outros. A criança necessitou que o ambiente e as atividades fossem bastante estruturados, uma vez que se distraiu com muita facilidade alternando entre momentos de concentração e momentos de alheamento. Sempre que necessário foi realizada a demonstração de determinadas tarefas e foram utilizados objetos, desenhos e fotografias, o mais realistas possível de modo a que a criança alcançasse os objetivos trabalhados e alargasse o seu vocabulário e a exploração de novas palavras. Além disso, e sempre que possível foram incorporadas nas tarefas elementos do seu interesse de modo a motivar a criança e a captar o seu interesse para o objetivo trabalhado.

A criança demonstrou bastante potencial de aprendizagem, contudo o seu desempenho foi por vezes prejudicado pela sua impulsividade e pelo comportamento. Apesar de nem sempre manter um comportamento adequado (e.g., falar alto, levantar-se, etc.) o F.F. alterou sempre o mesmo quando foi chamado à atenção, pedindo desculpa. O sistema de pontos-reforço em relação ao comportamento foi uma boa estratégia uma vez que permitiu à criança ter uma maior noção das consequências das atitudes incorretas. Inicialmente a intervenção com o F.F. foi dividida em dois momentos: Trabalho e Reforço, momento no qual a criança procurava utilizar sempre o computador de modo a obter uma imagem de um meio de transporte pelos quais nutre um interesse especial. No entanto, a meio da intervenção, o reforço escolhido pela criança foi sendo mais variado, passando por jogos diversificados até ao reforço social.

De um modo geral, ao longo da intervenção, foi sempre incentivado que a criança apresentasse um discurso adequado para obter aquilo que desejava (e.g., pedir uma bolacha, pedir para fazer um desenho, etc.), tendo sido sempre reforçado quando adotou o mesmo. De referir que o F.F. foi adotando um discurso cada vez mais elaborado e percebendo a necessidade do usar para obter aquilo que desejava.

A criança demonstrou interesses específicos durante a intervenção, alguns dos quais se mantiveram sendo que outros desapareceram, tais como observar, desenhar e brincar com carros, observar, descalçar-se, cheirar e colocar questões acerca dos pés ou esconder-se da estagiária no início de cada sessão. Em relação a estes interesses não foi permitido à criança que colocasse questões ou que realizasse a atividade de modo persistente, no entanto, o mesmo também não foi ignorado. Assim, foi dado algum tempo à criança para que questionasse ou realizasse a atividade, findo o qual foi combinado que não o poderia voltar a fazer.

Assim, de salientar que a criança conseguiu obter bastantes sucessos e o seu desenvolvimento foi promovido em vários domínios, sendo importante dar continuidade ao processo de intervenção.

#### **6.6.1. Recomendações para a continuidade da intervenção**

Após o processo de intervenção, recomenda-se que as crianças acompanhadas continuem a beneficiar de sessões de intervenção, com o intuito de continuar a potenciar as suas capacidades e a permitir o seu máximo desenvolvimento em todos os domínios. No relatório de avaliação final, é feita referência aos objetivos alcançados, em aquisição e não adquiridos, sendo que seria importante continuar a trabalhar os objetivos em aquisição, de modo a que os mesmos se consolidem e a dar especial importância àqueles que não foram adquiridos, de modo a colmatar estas áreas em défice.

Especificamente, em relação ao caso A.C. e devido aos problemas de comportamento, de oposição e desafio que a criança apresentou seria importante orientar a intervenção com estratégias específicas para a regulação do comportamento, bem como envolver os pais, através de Terapia Familiar, de modo a fornecer estratégias e informação aos mesmos com o intuito de orientar toda a relação com a criança para os mesmos objetivos.

De referir que ambas as crianças acompanhadas irão entrar para o primeiro ano do primeiro ciclo no próximo ano letivo e que nesse sentido será importante fornecer informação aos pais acerca das melhores opções em termos de escola para as crianças e reunir com os respetivos professores, de modo apresentar os casos e fornecer estratégias para que a integração das crianças e a adequação do ensino seja o mais favorável possível.

## **7. Dificuldades e Limitações**

As maiores dificuldades sentidas durante o processo de estágio disseram respeito ao absentismo demonstrado por várias crianças acompanhadas, comprometendo o plano de intervenção e levando a que alguns dos objetivos delineados inicialmente não tivessem sido trabalhados durante o período de tempo necessário a alcançar alterações significativas.

Além deste aspeto, de referir ainda o estado económico do país em geral e de algumas famílias em particular, o qual levou a que algumas delas interrompessem ou diminuíssem a frequência do processo de intervenção no CADIn, devido a falta de possibilidades monetárias para o manter e sem que cumprissem os requisitos necessários para que a Bolsa Social pudesse dar resposta a estes casos.

## **8. Atividades Complementares**

Em seguida, serão apresentadas e descritas algumas atividades que foram decorrendo durante o ano letivo na instituição de acolhimento de estágio e nas quais foi possibilitada ou solicitada a participação e colaboração da estagiária, nomeadamente na organização e dinamização da festa do décimo aniversário do CADIn e em simpósios e *workshops* dinamizados pelos profissionais da instituição.

### **8.1. Participação no aniversário CADIn**

No dia 19 de janeiro foi comemorado o décimo aniversário do CADIn com um dia aberto à comunidade em geral e para o qual os profissionais da instituição em colaboração com as estagiárias prepararam e dinamizaram atividades, jogos, debates, momentos de diversão e convívio, entre as 10h00 e as 15h30. Esta iniciativa, teve como objetivo dar a conhecer a toda a comunidade o tipo de trabalho que se realiza todos os dias no CADIn, as problemáticas nas quais intervêm e o modo como estas afetam a vida dos indivíduos e ainda participar no concerto dos *Dixie Gang* e brindar ao CADIn.

Especificamente, no que diz respeito às estagiárias, foi lhes proposto que em conjunto organizassem e dinamizassem uma sala com o nome “Ser estagiário no CADIn...”. Com esse objetivo, as estagiárias recolheram todo o material e jogos produzidos até ao momento no âmbito de estágio, de modo a realizar uma amostra do mesmo, bem como teses realizadas por antigos estagiários com o intuito de dar uma visão mais detalhada do trabalho desenvolvido durante todo o ano de estágio. Além deste tipo de materiais, foi ainda construído um mural com as palavras “ser estagiário no CADIn”, para que todos aqueles que visitassem a sala pudessem escolher uma letra e acrescentar uma palavra acerca daquilo que pensavam ser o papel do estagiário nesta instituição, tendo surgido palavras tais como: dinamismo, responsabilidade, observar, entrega, etc.



## 8.2. Simpósio e *workshops*

Durante a realização do estágio, foi ainda possível participar num Simpósio e em dois *workshops* dinamizados pelos profissionais do CADIn.

No que se refere ao Simpósio, este foi realizado no dia 11 de janeiro com o título “Web Prevention & Prevention Web” e teve como objetivo a discussão em termos do impacto das Novas Tecnologias no desenvolvimento das crianças, jovens e nas famílias. Este simpósio contou com a participação de muitos elementos do CADIn, bem como participantes externos e internacionais, nomeadamente de França, Itália, Dinamarca e Espanha.

Durante o simpósio foram discutidos aspetos teóricos e práticos relacionados com o uso indevido das novas tecnologias, bem como preocupações e conhecimentos daqueles que de mais perto contactam com esta realidade, nomeadamente pais e professores. Neste domínio, foram ainda introduzidos aspetos relacionados com o impacto que esta dependência causa em termo pessoais, sociais e em termos de dinâmica familiar.

No dia 7 de novembro, foi possível participar no workshop intitulado “Descomplicar a Dislexia: identificação de sinais de alerta e de estratégias na sala de aula”. Durante o workshop foram abordados os seguintes aspetos: caracterização geral das dificuldades de aprendizagem específicas, caracterização da dislexia, discussão acerca das suas características e identificação de sinais de alerta e finalmente aspetos práticos relacionados com a avaliação e a intervenção na Dislexia, nas diferentes áreas (Compreensão, Fluência, Vocabulário, Consciência Fonémica e Princípio Alfabético).

Nos dias 6 e 27 de fevereiro, decorreu um workshop designado “Compreender a Disortografia: avaliação e intervenção”, no qual foi possível participar. Neste workshop foram abordados aspetos tais como características e causas gerais da dificuldade, aspetos nos quais a avaliação se deve focar, nomeadamente ao nível da fluência, conteúdo, convenções, sintaxe, vocabulário, estratégias e atitude/motivação face à escrita e finalmente foi abordada a intervenção, com sugestões de atividades práticas nos diversos domínios (processo de escrita, aprendizagem estratificada, convenções relacionadas com o tipo de escrita, desenvolvimento de ideias e criatividade, feedback e reforço e finalmente autoavaliação e automonitorização).

Finalmente, no dia 18 de junho foi possível participar no workshop que tinha como tema “PHDA: Intervenção em contexto escolar” o qual incidiu sobretudo no fornecimento de estratégias específicas para tornar a sala de aula de uma criança com PHDA, um local adaptado às suas necessidades.

Todas as referidas iniciativas foram uma mais valia em termos de formação, não apenas no que se refere ao conhecimento teórico atualizada, mas também ao contacto com aspetos de avaliação, estratégias e materiais direcionados para a intervenção.

#### IV. CONCLUSÃO

O estágio realizado no CADIn, bem como o presente relatório representam uma mais-valia importantíssima em termos de aprofundamento de conhecimentos teóricos, através de revisão bibliográfica no que se refere às PEA, DID e do trabalho realizado nestas perturbações ao nível da intervenção psicomotora. Além desta componente teórica, de realçar a especial importância do contacto com a instituição de estágio, com os diferentes técnicos, crianças e respetivas famílias, bem como de todas as atividades desenvolvidas neste âmbito contribuindo assim para um crescimento pessoal e profissional, e permitindo estabelecer uma ponte entre aspetos teóricos e a sua aplicabilidade na prática.

De um modo geral, as PEA englobam um conjunto de dificuldades, que variam em termos de intensidade de manifestação especialmente em dois domínios, os quais dizem respeito à comunicação e interação social e aos comportamentos repetitivos e estereotipados, sendo frequentemente visíveis dificuldades ainda ao nível do processamento sensorial e das características motoras. A intervenção nas PEA divide-se em farmacológica e psicoeducativa, sendo que uma não deverá excluir a outra mas antes completar-se. Ao nível psicoeducativo, os principais modelos de intervenção apontados são o ABA, DIR, PECS e TEACH, contando sempre com o envolvimento ativo da família em todo o processo de intervenção. No CADIn, foi possível contactar mais de perto com o PECS, bastante utilizado no âmbito da Reabilitação Psicomotora e nas sessões de Terapia da Fala com o intuito de estimular a comunicação e a linguagem, bem como com aspetos relativos às metodologias DIR e TEACH, no sentido de promover a relação com as crianças e com a família, no planeamento e organização das atividades e do espaço de trabalho, os quais foram visíveis em todas as sessões. Neste âmbito, foi especialmente importante que o trabalho desenvolvido não se tenha restringido apenas às sessões de intervenção psicomotora mas que tenham sido igualmente observadas sessões de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, das quais foi possível retirar um conjunto de estratégias gerais, aplicáveis em todas as áreas de intervenção com o objetivo de estimular o desenvolvimento da criança com PEA nos vários domínios.

No que se refere às DID, estas caracterizam-se pela existência de défices intelectuais, nomeadamente um QI com dois ou mais desvios padrão abaixo da média da população, bem como dificuldades ao nível do funcionamento adaptativo do indivíduo. Tanto no caso das PEA, como nas DID, a intervenção psicomotora é encarada como uma terapia útil com a finalidade de promover o máximo desenvolvimento da criança com PEA.

Ao nível da intervenção psicomotora, as sessões foram organizadas seguindo os interesses e as necessidades apontadas pelos pais em termos de objetivos de intervenção e dando resposta às necessidades e características específicas das crianças, as quais necessitam de um ambiente bastante estruturado, livre de aspetos distráteis e com uma organização das atividades bastante visível. Assim, foi sempre privilegiado o desenvolvimento de sessões no contexto de sala já conhecido pela criança, num trabalho de mesa, em que é possível oferecer uma maior estrutura à criança, em vez de um âmbito mais corporal desenvolvido no contexto de ginásio, em que as aprendizagens necessitam de um maior período de tempo para serem consolidadas. No que diz respeito à intervenção, o jogo foi bastante utilizado como meio de aquisição de conhecimentos, estimulação da linguagem, promoção de competências sociais e estratégias de resolução de problemas.

Ainda no que se refere à componente prática, foi possível participar em diversas atividades dentro do Núcleo das PEADC, nomeadamente na observação de sessões das técnicas, dinamização de atividades, planeamento de sessões, observação de diversas avaliações e realização de avaliações sob supervisão técnica. Neste núcleo foram acompanhadas sete crianças, seis das quais com PEA e uma com DID. Além dos casos

acompanhados, foi ainda possível participar nas reuniões de núcleo realizadas semanalmente, podendo deste modo compreender um pouco melhor a dinâmica de funcionamento do mesmo.

A possibilidade de acompanhar uma criança com DAE, bem como de assistir a avaliações neste âmbito foi importante no sentido de estender o conhecimento a outras áreas de intervenção, permitindo aproveitar todos os recursos que o CADIn tinha para oferecer. Este aspeto foi sem dúvida uma mais-valia do presente estágio.

A realização das sessões planeadas com as crianças permitiram compreender que um Psicomotricista deve ter um pensamento criativo, uma grande capacidade de adaptação e persistência, uma vez que o comportamento e a adesão das crianças às tarefas é sempre imprevisível. Assim, cabe ao técnico conseguir lidar com essa imprevisibilidade e contornar as dificuldades que vão surgindo, da melhor maneira, encontrando as estratégias que melhor se adaptem a cada caso, sendo que é destas situações que por vezes surgem grandes oportunidades de aprendizagem.

Em relação às restantes atividades desenvolvidas pela instituição, foi sempre possibilitado a participação da estagiária nas reuniões de equipa semanais dinamizadas pelos funcionários da instituição ou convidados externos, bem como em *workshops* e simpósio dinamizados pelos diferentes núcleos. Este tipo de ações envolveram a apresentação de estudos de caso, temáticas relacionadas com as problemáticas a que o centro dá resposta ou a questões de funcionamento do mesmo. Assim, este tipo de atividades permitiram aceder a informação atualizada de diferentes áreas de intervenção, nomeadamente PHDA, TF, DAE, ISP não se restringindo apenas ao núcleo das PEADC.

Ao longo do estágio, foi possível comprovar a importância do trabalho numa equipa multidisciplinar, em que os vários técnicos trocam conhecimentos, dúvidas, experiências e estratégias com o intuito de alcançar o maior desenvolvimento do indivíduo, bem como da importância do envolvimento da família, escola ou outros agentes educativos, quer em momentos formais quer informais. Neste campo, os diversos técnicos tiveram a preocupação de envolver a estagiária, quer de um modo mais informal ouvindo e esclarecendo sempre as dúvidas que foram surgindo e fornecendo sugestões e estratégias. Ou de um modo mais formal, através da apresentação e discussão de temas relacionados com os casos acompanhados, quer no âmbito de reuniões de núcleo, quer em conversa com os técnicos, através da realização de trabalhos de revisão bibliográfica ou da tradução de materiais de intervenção e avaliação.

Ao nível da realização da prática profissional de destacar a especial importância que teve o acompanhamento dos dois Estudos de Caso, nomeadamente a avaliação e realização de planos de intervenção adequados e que fossem de encontro às suas necessidades. De realçar o pensamento crítico e reflexivo a que o planeamento de sessões e registo das mesmas conduziu a estagiária, sempre com o intuito de trabalhar todos os objetivos delineadas da melhor maneira e encontrar as estratégias mais adequadas à intervenção com cada criança, conduzindo a uma avaliação final que refletisse o trabalho desenvolvido. Este trabalho permitiu assim um maior aprofundamento dos casos seguidos, de todas as etapas que o acompanhamento de uma criança a nível terapêutico implica, bem como o contacto com vários instrumentos de avaliação.

Finalmente, é importante salientar a dificuldade por vezes sentida ao nível do trabalho de revisão bibliográfico no âmbito da intervenção psicomotora nas PEA. Assim, seria fundamental a realização de mais trabalhos de investigação e estudos nesta área, o desenvolvimento de trabalhos de validação de instrumentos de avaliação psicomotora para esta população e ainda a documentação de estratégias específicas do âmbito da intervenção psicomotora ao nível das PEA.

Em suma, tanto a realização deste estágio como o subsequente relatório representaram um marco importante na formação da estagiária enquanto Psicomotricista e sem dúvida que a fazem sentir mais preparada e competente para enfrentar os desafios profissionais com os quais se irá deparar no futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CADIn (Nome omitido, 2010a). *Relatório de Avaliação*.
- CADIn (Nome omitido, 2010b). *Relatório de Avaliação*.
- APA (2013a). DSM-5 Autism Spectrum Disorder Fact Sheet. Acedido em junho 15, 2013, em <http://goo.gl/qSVNO>.
- APA (2013b). DSM-5 Intellectual Disability Fact Sheet. Acedido em junho 15, 2013, em <http://goo.gl/YgFHM>.
- APA (Ed.). (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- APP – Comissão de enquadramento portuguesa de psicomotricidade (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, (5) 41-49.
- Azambuja, M. (2005). *O Autismo infantil na psicomotricidade*. Curso de Pós-Graduação em Psicomotricidade, Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro.
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34, 174-183.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37-46.
- Bergeron, R. & Floyd, R. (2006). Broad cognitive abilities of children with mental retardation: an analysis of group and individual profiles. *America Journal on Mental Retardation*, 111(6), 417-432.
- Blair, K. C., Lee, I., Cho, S., & Dunlap, G. (2011). Positive behavior support through family-school collaboration for young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(1), 22-36.
- Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The picture exchange communication system. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 9(3), 1-19.
- Bosa, C. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl I), 47-53.
- Boutinaud, J. (2010). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* (2ªed.). Paris : In Press Editora.
- Cruz, V. (1996). *Bateria de Aptidões para Aprendizagem Escolar – BAPAE*. (2ªed.). Lisboa: Cegoc-Tea.
- Brandão, T., Martins, R., & Simões, C. (2011). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - 2.º Ano*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- CADIn. (n.d.). Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil: especialidades.

- CADIn – Equipa técnica (2005). A psicomotricidade no centro de apoio ao desenvolvimento infantil. *A Psicomotricidade*, (5), 77-85.
- CADIn. (2012). *Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil*. Acedido em novembro 24, 2012, em <http://www.cadin.net/>.
- Carrasco, M., Volkmar, F. & Bloch, M. (2012). Pharmacologic treatment of repetitive behaviors in autism spectrum disorder: Evidence of publication bias. *Pediatrics*, 129(5), 1301-1310.
- Corsello, C. (2005). Early intervention in autism. *Infants & Young Children*, 18(2), 74-85.
- Danielsson, H., Henry, L., Ronnberg, J. & Nilsson, I. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1299-1304.
- DCSF (2009). *Inclusion development programme supporting children on the autism spectrum: Guidance for practitioners in the early years foundation stage*. Nottingham: Department for Children, Schools and Families.
- DGIDC. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com Perturbações do Espectro do Autismo - Normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação e DGIDC.
- Dziuk, M. A., Larson, J. C. G., Apostu, A., Mahone, E. M., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2007). Dyspraxia in autism: Association with motor, social and communicative deficits. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(10), 734-739.
- Falkenbach, A., Diesel, D. & Oliveira, L. (2010). O jogo da criança autista nas sessões de psicomotricidade relacional. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 31(2), 203-214.
- Filipe, C., Ed. (2012). *Autismo: conceitos, mitos e preconceitos*. Lisboa.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir do enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, (3/4), 125-140.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – perspectivas multidisciplinares* (3ªed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, (3), 18-31.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora - Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (3ªed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., & Cauraugh, J. H. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: A syntesis and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 40, 1227-1240.

- Frith, U., & Happé, F. (2003). How cognitive theories helps us to understand autism?. *Proceedings. 7th International Autism Europe Congress*. Lisboa. Acedido em julho 01, 2013, em <http://socrates.simbiose.com/document.php?did=64&mid=8>.
- Giacomo, A., Portoghesi, C., Martinelli, D., Fanizza, I., L'Abate, L., & Margari, L. (2009). Imitation and communication skills development in children with pervasive developmental disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 355-362.
- Gotham, K., Risi, S., Dawson, G., Tager-Flusberg, H., Robert, J., Carter, A., ... & Hollan, E. (2008). A replication of the autism diagnostic observation schedule (ADOS) revised algorithms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(6), p.642-651.
- Greenspan, S. & Wieder, S. (2007) The developmental individual difference, relationship-bases (DIR/floortime) model approach to autism spectrum disorders. In E. Hollander & E. Anagnostou (Eds.), *Clinical manual for the treatment of autism* (pp. 179-210). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Happé, F. (2003). Theory of mind and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001, 134-144.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5-25.
- Herbert, M. (2008). Treatment - Guided research - Helping people now with humility, respect and boldness. *Autism Advocate - Autism Society of America*, 1, 8-14.
- Hill, E. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26-32.
- Huffman, L., Sutcliffe, T., Tanner, I. & Feldman, H. (2011). Management of symptoms in children with autism spectrum disorder: A comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32, 56-68.
- Jansiewicz, E., Goldber, M., Newschaffer, C., Denckla, M., Landa, R. & Mostofsky, S. (2006). Motor signs distinguish children with high functioning autism and asperger's syndrome from controls. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 613-621.
- Jorge, L. (2003). *Instrumentos de avaliação de autistas: Revisão de literatura*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Kabra, M. & Gulati, S. (2003). Mental retardation. *Indian Journal of Pediatrics*, 70, p.153-158.
- Kenyon, P., Kenyon, S. & Miguel, C. (2002). Análise do Comportamento Aplicada (ABA) – Um modelo para a educação especial. In W. Camargos (Ed.), *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º. Milênio*, (p.148-154). Brasília: CORDE Edições.
- Klin (2006). Austim and asperger syndrome: na overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 3-11.

- Klin, A., Jones, W., Schultz & Volkmar, F. (2003). The enactive mind, or from actions to cognition: lessons from autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 358, 345-360.
- Lambert, N.; Nihira, K., & Leland, H. (1993). *Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual*, Second Edition. Austin, Texas: PRO-ED.
- Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentalista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 105-114.
- Lear, K. (2004). *Ajude-nos a aprender - um programa de treinamento em ABA (Análise do Comportamento Aplicada) em ritmo auto-estabelecido*. Acedido em maio 23, 2013, em <http://pt.scribd.com/doc/32334159/Manual-ABA>.
- Leitão, A., Lombo, C. & Ferreira, C. (2008). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, (22), 21-24.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., . . . Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 849-861.
- Lièvre, B. & Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent e de l'adulte – Notions et applications pédagogiques* (6ªed.). Bruxelas : de boeck Editora.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 10, 11-22.
- Lord, C., Rutter, M. & Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised : A revised version of diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 24(5), 659-685.
- Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi, S. (2001). *Autism diagnostic observation schedule (ADOS) manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- CADIn (Nome omitido, 2011). *Relatório de Reavaliação*.
- Luiz, D., Faragher, B., Barnard, A., Knoessen, N., Kotras, N., Burns, L., Challis, D. (2007). *Manual Griffiths – Escala de desenvolvimento mental de Griffiths extensão revista* (Revisão de 2006), dos 2 aos 8 anos. Lisboa: Cegog Editora.
- Machado, M. (2001). *Educação e terapia da criança autista – Uma abordagem pela via corporal*. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Mestrado e Doutorado, Escola de Educação Física - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em psicomotricidade*, (pp. 29-40). Cruz Quebrada: FMH Edições.

- Mastangelo, S. (2009). Harnessing the power of play - Opportunities for children with autism spectrum disorders. *Teaching Exceptional Children*, 42(1), 34-44.
- Matson, J. L., Kozlowski, A. M., & Matson, M. M. (2012). Speech deficits in persons with autism: Etiology and symptom presentation. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 573-577.
- Matson, J. L., Rieske, R. D., & Tureck, K. (2011). Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: Review of available instruments. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1319-1326.
- Maulik, P., Mascarenhas, M., Mathers, C., Dua, T. & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 419-436.
- Mello, A. (2005). *Autismo: Guia prático* (4ªed.). São Paulo: AMA Edições.
- Militeri, R., Bravaccio, C., Falco, C., Fico, C. & Palermo, M. (2002). Repetitive behaviors in autistic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 210-218.
- Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & T., M. M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología* 50(3), S77-S84.
- NIMH. (2011). *A parent's guide to autism spectrum disorder*. Acedido em maio 23, 2013, em <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-parents-guide-to-autism-spectrum-disorder/parent-guide-to-autism.pdf>.
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., S. Miguel, T., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., . . . Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 726-733.
- Onofre, P. (2004). *A criança... e a sua psicomotricidade...* Lisboa: Trilhos Editora.
- Overcash, A., Horton, C., & Bondy, A. (2010). The picture exchange communication system - helping individuals gain functional communication. *Autism Advocate*, 3, 21-24.
- Ozonoff, S., Pennington, B., & Rogers, S. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
- Perry, A., Flanagan, H., Geier, J. & Freeman, N. (2009). Brief report: The vineland adaptative behavior scales in young children with autism spectrum disorder at different cognitive levels. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1066-1078.



- Pinho, S. (2012). *Acolhimento de Estágios 2012/13*. [Apresentação Power Point]. Apresentação realizada no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn, Malveira da Serra.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Provost, B., Lopez, B. R., & Heimerl, S. (2006). A comparison of motor delays in young children: Autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 321-328.
- Roque, C. & Santos, S. (2010). Comportamento adaptativo na dificuldade intelectual e desenvolvimental: Novas terminologias e desenvolvimento de competências. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17, 59-77.
- Rutter M., Le Couteur, A., Lord, C. (2003). *ADI-R: Autism diagnostic interview - Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Santos, S. (2001). Comportamento adaptativo II. . *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8, 73-78.
- Scattone, D., Raggio, D. & May, W. (2011). Comparison of the Vineland Adaptive Behavior Scales, second edition, and the Bayley Scales of infant and toddlers development, third edition. *Psychological Reports*, 109(2), 626-634.
- Silverman, W. (2009). Prevention of intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(4), 320-322.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.
- Szatmari, P, Georgiades, S., Bryson, S., Zwaigenbaum, L., Roberts, W., Mahoney, W., ..., Tuff, L. (2006). Investigating the structure of the restricted, repetitive behaviors and interests domain of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 582-590.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, ..., Yeager, M. (2009). Perspective: Supports and support needs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146.
- Thrum, A., Soorya, L., & Wagner, A. (2007). Evaluation and testing for autism. In E. Hollander & E. Anagnostou (Eds.), *Clinical manual for the treatment of autism* (pp. 27-50). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Tomchek, S. D., & Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 190-200.

- Watling, R., Deitz & J., White, O. (2001). Comparison of sensory profile scores of young children with and without autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 416-423.
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M., ... Yeager, M. (2008). Perspectives: The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318.
- Whyatt, C. P., & Craig, C. M. (2011). Motor skills in children aged 7-10 years, diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42(9), 1799-1809.
- Zafeiriou, D. I., Ververi., A., & Vargiami, E. (2007). Childhood autism and associated comorbidities. *Brain & Development*, 29, 257-272.

## **ANEXOS**

**Para aceder aos anexos, contactar a autora do Relatório de Estágio**